

Антонова О.Є.
Шарлович З.П.

[Дата]

**ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНА
КОМПЕТЕНТНІСТЬ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ
МЕДИЦИНИ:
сутність, структура, технологія
формування**

Житомир 2016

УДК 378.046-021.68 : 613(043.3)

ББК 74.58:511(2)

П - 84

Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського державного університету імені Івана Франка від 30 вересня 2016 року, протокол № 2.

Рецензенти:

Плахотнік О.В. – доктор педагогічних наук, професор, Національний університет імені Т.Г. Шевченка, професор кафедри педагогіки;

Шатило В.Й. – доктор медичних наук, професор, ректор КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»;

Маркович О.В. – кандидат педагогічних наук, голова циклової комісії хірургічних дисциплін, викладач-методист Рівненського базового медичного коледжу.

П 84

Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування: монографія. – Житомир: Вид-во Полісся, 2016. – 258

У монографії проаналізовано стан проблеми формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, науково обґрунтовано та розроблено модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, проаналізовано сутність та взаємодію базових понять „професійно-педагогічна компетентність“, „формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медицини в процесі фахової підготовки“; визначено критерії та показники рівнів сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки; представлено технологію формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки (її зміст, форми та методи).

Монографія адресована науковцям, студентам, магістрантам аспірантам, докторантам, викладачам вищих навчальних педагогічних закладів.

УДК 378.046-021.68 : 613(043.3)

ББК 74.58:511(2)

ISBN 978-966-655-835-3

© Антонова О.Є., Шарлович З.П., 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	с. 4
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	7
1.1. Історико-ретроспективний огляд становлення проблеми підготовки медичних сестер в Україні та світі	с. 7
1.2. Порівняльний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в світовій практиці та в Україні	с. 19
1.2.1. Зарубіжний досвід розвитку сімейної медицини	с. 21
1.2.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в Україні	с. 26
1.3. Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри загальної практики сімейної медицини як наукова проблема	с. 36
1.3.1. Аналіз базових понять дослідження	с. 37
1.3.2. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності	с. 45
Розділ 2. МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ	с. 57
2.1. Науковий аналіз підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти	с. 57
2.2. Змістова структура професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини	с. 70

- 2.3. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки с. 84

Розділ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ ВІДДІЛЕННЯ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА» В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ с. 105

- 3.1. Стан розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі (аналіз результатів діагностувального етапу експерименту) с. 105
- 3.2. Технологія формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки с. 124
- 3.3. Аналіз результатів упровадження в практику моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки с. 162

ВИСНОВКИ с. 179

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ с. 182

ДОДАТКИ с. 201

ВСТУП

У процесі реформування медичної та медсестринської галузі України, переходу на нову трирівневу медичну допомогу виникла потреба в підготовці кадрового складу для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної практики – сімейної медицини. Зазначене вимагає становлення професійної освіти, зумовленої інтенсивним розвитком сучасних перетворень медсестринської справи, підвищення вимог до виробничих функцій майбутнього спеціаліста сімейної медицини, про що йдеться в Законі України „Про вищу освіту“, Концепції розвитку галузі охорони здоров'я.

У цьому контексті в теорії і методиці медичної освіти постає проблема поєднання традиційних методів навчання з новими педагогічними технологіями, спрямованими, зокрема, на формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини на засадах особистісної орієнтації навчання, що передбачає індивідуальний стиль професійної діяльності майбутніх фахівців визначеного профілю.

Зазначене потребує вивчення шляхів формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, діяльність яких орієнтована, зокрема, на реалізацію просвітницької функції серед населення.

Досягнення професіоналізму через професійну компетентність досліджували О. Є. Антонова, Р. Ф. Ахметов, О. С. Березюк, І. Д. Бех, Ю. В. Варданын, О. А. Дубасенюк, І. А. Зязюн, М. А. Каплан, А. К. Маркова, Е. М. Нікітіна, О. В. Плахотнік, І. В. Родигіна, В. Ю. Стрельников, Н. М. Юдзіонук. Особистісні якості як складовий компонент професійної компетентності, їх розвиток і вдосконалення висвітлювали Л. І. Анциферова, Ю. К. Бабанський, В. П. Безпалько, А. А. Вербицький, С. В. Лісова, С. Л. Яценко. Формування компетентності як системи сформованих компетенцій стали предметом дослідження Е. Ф. Зеєра, Ф. М. Петрової, С. Г. Пільової, А. Ф. Присяжної, М. В. Рудіної.

Компетентісний підхід як інтегральне об'єднання професійної, соціальної, комунікативної компетентностей висвітлювали Н. М. Бібік, О. Митник, О. В. Овчарук, О. І. Пометун, О. Я. Савченко. Професійній компетентності як результату сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих особистісних якостей присвятили наукові праці С. С. Вітвицька, Є. М. Павлютенкова, С. Г. Пільова, Р. В. Чубук.

Проблемні питання медсестринської освіти та практики, шляхи впровадження етико-деонтологічних принципів медичних спеціалістів у практику проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М. В. Банчук, Г. П. Васянович, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо, І. Я. Губенко, В. В. Лойко, О. В. Маркович, І. А. Радзієвська, Ю. В. Поляченко, Т. І. Чернишенко, В. Й. Шатило, М. Б. Шегедин.

Аналіз психолого-педагогічних, медичних наукових джерел з теми дослідження дозволив виявити *суперечності*, що доводять необхідність удосконалення фахової підготовки медичних сестер сімейної медицини, зокрема, між суспільною потребою у висококваліфікованих фахівцях означеного профілю та недостатнім рівнем їх підготовки; необхідністю професійно-педагогічної підготовки медичної сестри сімейної медицини та недостатністю у навчальних програмах дисциплін психолого-педагогічного спрямування; високим рівнем вимог до кваліфікації медичних сестер сімейної медицини та недостатнім рівнем навчально-методичного забезпечення їх підготовки. Отже, проблеми формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в умовах реформування як медсестринської науки, так і реорганізації закладів охорони здоров'я щодо впровадження і розвитку сімейної медицини, вивчена неповною мірою.

У представленій монографії проаналізовано стан проблеми формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, науково обґрунтовано та розроблено модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, проаналізовано сутність та взаємодію базових понять „професійно-педагогічна компетентність“, „формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медицини в процесі фахової підготовки“; визначено критерії та показники рівнів сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки; представлено технологію формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки (її зміст, форми та методи).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Процес реформування медсестринської галузі вимагає змін у підходах до реорганізації всієї системи охорони здоров'я, що має відповідати державній політиці та визначатися сутністю євроінтеграційних процесів [41, 309]. З розвитком суспільства до професії медичної сестри висуваються нові вимоги [159, 165]. Медсестринство, як основна ланка медицини, потребує особливої уваги з огляду на те, що медична модель орієнтована на лікування хвороби, а медсестринська модель – на допомогу пацієнтові. Зазначимо, що медсестринство не можна розглядати відокремлено чи абстрактно, оскільки сестринська справа – це наука, спрямована на вирішення існуючих і потенційних проблем пацієнта в умовах змінюваного оточуючого середовища [169]. Зазначене вимагає обґрунтування теоретичних засад медсестринства як науки, що розвивається і вдосконалюється відповідно до змін в суспільстві та вимог часу [103, 283].

1.1. Історико-ретроспективний огляд становлення проблеми підготовки медичних сестер в Україні та світі

Розвиток медицини, як і власне медсестринства, сягає глибокої давнини. Функції догляду та обслуговування з часів первіснообщинного ладу, які належать до сфери сестринської справи, виконували жінки, матері, сестри. Жінка, як оберіг домашнього вогнища, цілком природно доглядала новонароджених, немовлят, дітей і дбала про збереження всіх членів родини. Її турбота поширювалася на сусідів, друзів, знайомих, а, згодом, всю общину. Радіус охоплення діяльності й опіки хворих, немічних, старих поступово збільшувався. Сестринська справа від початку розглядалась як різновид діяльності лише жіночої статі, що визначало, по суті, характеристику рис і якостей особистості, яка мала виконувати зазначені функції. Часто уявлення про медичну сестру та її роль поєднувалися з образом ніжної, доброї, лагідної, завжди близької, і, головне, надійної матері, не обов'язково медично освіченої, проте розумної і мудрої завдяки життєвому досвіду [290].

З розвитком рабовласницького ладу створювалися умови і для становлення професійної медицини, яка на той час ґрунтувалась на народних знаннях про допомогу хворій людині. Почали з'являтися перші праці, в яких відображалось бачення медичного характеру.

Основоположником медицини вважали відомого лікаря Імгопена, який жив у період Давнього царства в історії Стародавнього Єгипту. Славний давньоіндійський лікар класичного періоду Чарака (I-II ст. н. е.) залишив нащадкам аюрведичний трактат „Чарака-самхіта“ з 4-х частин, присвячений лікуванню внутрішніх хвороб [269]. Особливою славою в Китаї користувався П'ян Чіао (V ст. до н. е.), автор книги „Нейцин“ („Відповідь на важкі питання“) [290]. Можна зробити висновок, що зародки необхідності поширення здорового способу життя ідуть саме з тих часів, адже П'ян Чіао вважав причиною всіх хвороб нерегульований спосіб життя, гонитву за грішми, неправильне харчування та одяг, слабкість, що унеможлиблює вживання ліків, користування послугами жреців, допомогу лікарів.

Порівняно з країнами стародавнього світу найвищого рівня досягла медицина Греції. Ще в Троянській війні, яку описав Гомер в „Іліаді“ й „Одісеї“, лікарі брали участь як у військових діях, так і в наданні допомоги пораненим. Упродовж багатьох століть існує медична модель, суть якої полягає в орієнтації на хворобу, що передбачає пріоритетність професійної діяльності лікаря, яка спрямована на диференціацію клінічних ознак захворювання, встановлення діагнозу, лікування патологічних процесів та станів [269]. Великий давньогрецький учений-лікар Гіппократ (460-377 рр. до н. е.) належав до сімнадцятого покоління лікарів коської школи [47, 290, 300, с. 22]. Свої знання лікаря і вченого вдосконалював в Єгипті, Малій Азії, Лівії, у скіфів. Його твори Гіппократа об'єднані в збірник „Кодекс Гіппократа“, який до цього часу слугує підґрунтям для визначення принципів медичної етики та деонтології, а клятву Гіппократа випускники-лікарі приймають і сьогодні [47; 254, с. 105, 300].

Яскравим представником медицини сходу є Авіценна (Абу Алі ал Хусейн ібн ал-Хасан ібн Алі ібн Сіна, 980-1037 рр.), який виклав теоретичні основи в „Каноні лікарської науки“ [51, 290, 300]. У середні віки створювалися монастирі, лікарні, притулки для догляду за хворими бідняками. Інформація, яка дійшла до наших днів, свідчить, що першою запровадила навчання з догляду за хворими римлянка Паула [290]. Офіційна сестринська допомога у західних країнах поділялась на ту, що проводили вдома за плату доглядальниці, а також допомогу в лікарнях, притулках, робітничих будинках черниці та служниці [290].

У Київській Русі княгиня Ольга першою організувала лікарню, в якій за хворими доглядали жінки. Про монастирську лікарню в Києві наприкінці XI століття йдеться в „Житті Феодосія Печерського“

літописця Нестора. Своїми медичними знаннями прославилася Євпраксія Мстиславівна, донька Мстислава, онучка Володимира Мономаха. В історичних документах засвічується, що в 1377 р. у м. Львові засновано шпиталь для хворих і бідних [290].

Варто зазначити, що в період Х–ХVIII століть в лікарнях не було спеціальних сестер. На початку ХVIII століття в Росії з'являються повивальні бабки (акушерки), які пройшли навчання за кордоном. У 1728 р. медична колегія (канцелярія) ввела посадові одиниці жінкам по догляду за хворими. Відкриття в 1803 р. в Москві та Петербурзі „вдових домів“ можна вважати початком наступного етапу розвитку сестринської справи в Росії.

Особливості цього процесу можна спостерігати в Україні до середини ХVII ст. перебувала в межах кордонів Польщі. Уперше в Західній Україні організовано лікувально-санітарну справу в другій половині ХVIII ст., відкриті акушерські курси, а з 1 жовтня 1773 р. – Львівський акушерський колегіум [269]. Видатний український хірург М. І. Пирогов (1810-1881 рр.) був ініціатором використання жінок-сестер милосердя як помічників лікаря [50, 51, 70, 96, 209, 286]. 120 жінок (сестер) брало участь в Кримській війні, об'єднаних в Хрестовоздвиженську общину сестер піклування про поранених і хворих [169, с. 12; 209, с. 7; 290, с. 199]. Серед них особливо відзначились своїм героїзмом, милосердям та професіоналізмом Даша Севастопольська, Катерина Хитрова, Катерина Бакуніна, Єлизавета Карцева, Варвара Щедріна та ін.. У Кримській війні брала участь й Флоренс Найтінгейл – засновниця міжнародної системи підготовки кадрів сестринського і молодшого персоналу. У 1886 р. в США засновано перше професійне медичне товариство медичних сестер. У 1899 р. – Міжнародна Рада медичних сестер (МРМ), за участі медичних сестер Великобританії, США, Канади [169, с. 5], до якої сьогодні входять 118 країн. У 1917 р. в Москві відбувся I Всеросійський з'їзд сестер милосердя, на якому було створено Всеросійське товариство сестер милосердя.

Прикладом дивовижного гуманізму і високої моралі, відданості медсестринству є Агнес Гонкха Боджаксіу – Мати Тереза (1910-1997). У 38 років вона почала навчатися медсестринству і понад п'ятдесят років доглядала хворих власноруч, створювала хоспіси, притулки для хворих, організовувала школи, будинки для дітей, жінок з небажаною вагітністю. Заснувавши місію, Орден Благодійності, в Індії з 12 медсестрами збільшила їх кількість до 3000 у 517 містах ста країн світу.

Католицька церква зарахувала її до лику святих. Життя Матері Терези – приклад для всіх медсестер світу [290, с.244-247].

У 1924 р. у Львові відновились медсестринська школа. У західних областях України за період 1944-1966 рр. швидкими темпами започаткувалися середні медичні заклади. Згодом, у 1990 р., після Всесоюзної наради середніх медичних працівників (1989) МОЗ УРСР прийняв до виконання „Програму реформи медичної освіти УРСР“. З проголошенням незалежності України як суверенної держави медсестринство набуло стрімкого розвитку [43, 50, 51, 96, 209, 221, 222, 236, 286, 290, 291].

Теоретики медсестринства за всю історію його становлення і розвитку обґрунтували декілька медсестринських моделей, які визначають суть медсестринства. Розвитку цієї науки, передували розробки і дослідження медичних сестер різних країн світу. Основоположницею філософії медсестринської справи вважається Флоренс Найтінгейл, яка вивчала вплив навколишнього середовища на процес видужання хворого, реакцію пацієнта у відповідь на хворобу. Свою позицію вона виклала в „Нотатках про медсестринство“ (1859 р.) [53, 88, 254]. Клятву медсестри, розроблену Флоренс Найтінгейл, і зараз вивчають і приймають випускники вищих медичних навчальних закладів після отримання диплома медичної сестри [53, 88, 108, 254, с. 106].

Спираючись на свій досвід, Хільдегард Пеплау зазначала, що в основу медсестринства слід покласти взаємини „медсестра-пацієнт“ [53]. У публікації „Міжособистісні стосунки в медсестринському догляді“ (1952) вона детально розкрила теорію психодинамічного догляду, що концентрується не тільки на самому процесі, а й на людині. На її думку, медична сестра має вникати в усі сторони життя пацієнта, при цьому залишаючись для нього сторонньою особою, проте допомагаючи йому в питаннях опіки, навчаючи його елементам догляду, що вимагає лідерських якостей, різнобічних знань, винахідливості.

Цікавою в межах нашого дослідження є додатково-доповнююча теорія Вірджинії Хендерсон. У своїх дослідженнях вона зробила акцент на те, що саме медична сестра повинна своїми втручаннями сприяти самостійності хворого. У своїй праці „Принципи та практика медсестринства“ (1966) Вірджинія Хендерсон відзначала, що основою медсестринського догляду є 14 потреб, задовольнивши які людина досягне повної гармонії в цивілізованому світі. Згодом доповнила ці потреби до двадцяти однієї в своїх дослідженнях Файе Абделла [53, с.26].

Вважаємо, що в контексті досліджуваної проблеми особливу увагу заслуговує модель самодопомоги (дефіциту самодогляду) Дороти Орем, в основу якої покладено аксіому, що передбачає від початку здатність людини самотійно обслуговувати себе. А оскільки в період хвороби ця здатність знижується (обмежується чи відсутня), то саме медична сестра має спонукати пацієнта до відновлення компонентів самодогляду, навчивши його відповідним елементам діяльності, створюючи умови та асистуючи йому [53].

Звернемося також до поведінкової моделі Джулії Джонсон. Автор переконана, що саме із зміною способу життя, появою хвороб (а це завжди стрес) і змінюється поведінка людини. Зазначене вимагає виявлення факторів впливу, причини та відновлення рівноваги, координування та контролювання поведінки людини і орієнтації її на відновлення рівноваги поведінкової системи і функціональної стабільності пацієнта [53, 88, 108, 169].

Адаптаційна модель Калісти Рой базується на системі адаптацій, яку вивела авторка, зауваживши, що саме навчання пацієнта елементам адаптації до навколишнього оточення (середовища), як в період відносного здоров'я, так і в період хвороби має стати пріоритетним завданням медичної сестри [53, 88, 108, 169].

Вважаємо, що кожна із зазначених моделей має своє раціональне зерно і, певною мірою, використовується в практичному медсестринстві. Проте, виходячи з теми нашого дослідження в контексті особливої уваги до формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, яка по роду своєї діяльності має тісно співпрацювати з родинами пацієнта, надавати первинну медико-санітарну допомогу, проводити профілактичну діяльність, особливо значущою є теорія турботи Джейн Ватсон, яка вважала, що стан здоров'я людини, поява хвороб прямо залежить від її поведінки, а звідси очевидно, що профілактика і догляд повинні здійснюватись медсестрою паралельно [53, с. 44]. Погоджуємося з думкою В. Й. Шатило, П. В. Яворського (2010), що „профілактика захворювань є гарантією успіху в боротьбі з хворобами“ [282, с. 11].

Розглянемо також профілактичну модель Бетті Ньюмен, яка базувалась на співпраці з родинами задля підтримки та досягнення ними оптимального рівня здоров'я через усвідомлення людиною своєї значущості в досягненні результату [53, с. 44]. Оскільки медична сестра сімейної медицини постійно працює на територіальній дільниці і розглядає особистість та поведінку пацієнта в контексті його сімейних

відносин, а її діяльність передбачає профілактичну роботу в родині, вивчення чинників, що можуть негативно позначитись на здоров'ї кожного її члена, то цікавими до застосування можуть стати теорія збереження Мойри Левайн та удосконалена модель здоров'я Мойри Аллен [53, с. 27].

Мойра Левайн, розробивши чотири принципи збереження („Вступ до клінічного медсестринства“, 1969 р.), які включають в себе збереження енергії, структурної, особистої і соціальної цілісності вважала, що саме викликавши зацікавленість родини у відновленні здоров'я кожного із її членів та опікуючи родину спільними зусиллями можна досягти балансу цілісності, що передбачає індивідуальності й унікальності пацієнта, створення умов для адаптації змін, що виникли в результаті хвороби. Саме найближче оточення пацієнта, його родина вірогідно володіє інформацією про проблеми пацієнта, безпосередньо впливає на стан його здоров'я, тому тісна співпраця з родиною сприяє взаємодії і є передумовою комплексного догляду за пацієнтом і спрямована на вирішення його проблем та задоволення потреб [53, с.27].

Суть моделі Мойри Аллен (1977) полягає в тому, що національним багатством є здоров'я нації, прагнення кожної людини та сімей до покращення свого здоров'я, усвідомлення, що щоденне активне самопізнання є найкращим способом розуміння й вивчення стану свого здоров'я. Основу основ цієї моделі складає сім'я і, погоджуємося з думкою дослідниці, що пошук першопричини проблем людини варто розпочинати із середовища сім'ї. Всю свою увагу, зусилля і діяльність медична сестра має спрямовувати на співпрацю з родиною, щоб долучити кожного з її членів до співучасті в процесі покращення здоров'я пацієнта [53, 88, 108, 169].

Варто зазначити, що з усіх перерахованих моделей Вірджинії Хендерсон взято за основу підготовки медичних сестер Європи за рекомендацією Європейського бюро ВООЗ, до складу якого входить й Україна. Вирішення потреб пацієнта вимагає проведення медсестринського обстеження, визначення стану його здоров'я, встановлення проблем людини і медсестринського діагнозу, визначення пріоритетів, завдань, планування разом з родиною спланувати втручання та здійснення їх, підведення підсумків, і, за необхідності, внесення коректив в медсестринський процес з метою досягнення очікуваного результату. Саме такий підхід свідчить про цілеспрямований, високоорганізований процес, спрямований на вирішення проблем і задоволення потреб пацієнта, чим, власне, і має опікуватися

медсестринство. Викладені компоненти, що утворюють цілісну систему, реалізуються поетапно. Метою цього процесу є підтримання здоров'я, запобігання захворюванню, сприяння поліпшення стану та процесу видужання, відновлення здоров'я та максимального незалежного функціонування [53, 88, 108, 168].

Упровадження медсестринського процесу в дію вимагає від медичної сестри сімейної медицини України багатоспекторної обізнаності, компетентності в професійному спрямуванні, володіння знаннями з психології, міжособистісного спілкування, реалізації в професійній діяльності міжпредметної інтеграції та теоретичних засад, що зумовлює досягнення бажаного результату. До рівня підготовки медичної сестри сімейної медицини висувається вимога відповідності відповідати галузевому стандарту вищої освіти України, освітньо-кваліфікаційній характеристиці молодшого спеціаліста галузі знань 1201 – Медицина, напряму підготовки „Сестринська справа“, спеціальності „Сестринська справа“, кваліфікації „Сестра медична“. У зв'язку з цим, існує необхідність у проведенні досліджень у напрямі підготовки фахівця з медсестринства для роботи в сімейній медицині.

Для вивчення формування й становлення медичної освіти в Україні нами проаналізовано низку наукових джерел. Так, М. Б. Кушик (2009 р.) досліджувала передумови формування і становлення медичної освіти в Україні у другій половині XIX – на початку XX ст., особливості організації навчального процесу в них, та шляхи розв'язання проблем педагогічного керівництва навчальним процесом. Провівши аналіз та узагальнивши отримані результати, М. Б. Кушик обґрунтувала *теоретичну модель фахової підготовки студентів медичних навчальних закладів другої половини XIX – початку XX ст.*, компонентами якої є: *зміст навчання* (освітній компонент, професійне спрямування, суспільно-політичний аспект); *принципи навчання* (доступність, послідовність, зв'язок навчання із життям, гуманізм, наочність, науковість); *форми навчання* (колективно-групові, індивідуальні); *методи навчання* (практичні методи, методи заохочення, оцінювання, стипендії, нагороди за наукову роботу); *методи контролю* («зарахування півріч», іспити, написання історій хвороб; *засоби навчання*: підручники, клінічне забезпечення, наочні матеріали, лабораторні прилади, „огляди програм викладання“) [99].

Над питаннями реформування та розвитку медсестринства в Україні та забезпеченням наукового теоретичного та практичного підґрунтя плідно працюють керівники вищих медичних навчальних

закладів. Так, І. Я. Губенко внесла ряд пропозицій щодо реорганізації системи медсестринської освіти. Під її керівництвом у співавторстві з В. Г. Апшай, Л. А. Базуновою, Л. П. Бразалій, Т. М. Дуженко, О. Т. Шевченко та ін. видано цілий ряд посібників та підручників, серед яких „Медсестринський догляд за пацієнтами“, „Медсестринський процес. Основи сестринської справи та клінічного медсестринства“, „Медсестринство в неврології“, посібник з педіатрії для медичних училищ та коледжів, цілий ряд методичних рекомендацій до проведення практичних занять з медсестринства. І. Я. Губенко проведено аналіз стану, перспектив розвитку і становлення медсестринських наукових досліджень та висвітлено аспекти, що сприятимуть забезпеченню реформування галузі охорони здоров'я та медичної освіти – переходу підготовки медичної сестри від медичної до медсестринської моделі [55].

Розробляють сучасні теорії медсестринства в сімейній медицині Т. О. Антропова, Г. В. Дунець, В. С. Заремба, Є. Х. Заремба, Л. М. Зачек, Л. М. Копчак, Г. Ф. Левченко, В. М. Михальчук, В. І. Пирогова, В. А. Скибчик, Т. М. Соломенчук, які є авторами навчального посібника „Медсестринство в сімейній медицині“ [9, 119].

У навчальному посібнику „Основи медсестринства в модулях“ Н. М. Касевич висвітлила практичні вміння і навички, якими має оволодіти майбутня медична сестра згідно навчальної програми, що відповідає вимогам Болонської декларації. За редакцією В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич вийшов в світ підручник «Сестринська справа» для студентів ВМНЗ I-III рівнів акредитації, де запропоновано семирівневу ієрархію людських потреб на основі ідей А. Маслоу [88, с.336].

Т. І. Чернишенко досліджує проблемні питання медсестринської освіти та практики в Україні. М. В. Банчук, О. П. Волосовець та Т. І. Чернишенко детально проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями реформування медсестринства в Україні на сучасному етапі [13]. Окрім того Т. І. Чернишенко (2000) детально проаналізувала міжнародне співробітництво у медсестринській справі [255].

Під керівництвом Ю. В. Поляченка розроблено та затверджено Програму розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки.

До питання впровадження Болонського процесу в систему фахової підготовки спеціаліста з медсестринства долучався В. Г. Кремень [33].

Шляхи реалізації Болонської декларації у вищій медичній школі та якість освіти у контексті цих змін досліджував О. П. Волосовець [41].

Значний внесок в розбудову медсестринства в Україні на засадах сучасних підходів внесено житомирськими дослідниками, зокрема В. Й. Шатилом. У численних статтях та монографіях, а також в співавторстві з колегами-однодумцями В. З. Свиридюком, О. В. Горай, С. В. Гордійчук, Я. В. Карлінською, В. А. Копетчук, В. О. Коваленко, І. М. Круковською, Н. П. Леонченко, І. Р. Махновською, П. В. Яворським, Н. В. Шигонською, та ін. учений науково обґрунтовує доцільність змін та реорганізації системи медсестринської освіти на ступеневу. Особлива увага надається вдосконаленню сестринської практики та розвитку медичної галузі загалом, внесенню пропозицій до затвердження на законодавчому рівні наукової дисципліни „Медсестринство“ та включенню Вищою атестаційною комісією України наукової спеціальності „Медсестринство“ до переліку спеціальностей, за якими проводиться захист дисертацій на здобуття наукових ступенів кандидата і доктора наук, доктора філософії з присвоєнням вчених звань [283]. Зауважимо, що в США, Канаді, Австралії, країнах Західної Європи медична сестра працює як самостійна ланка медицини, де створені всі умови для вдосконалення професійного рівня, кар'єрного росту, є можливість здійснювати наукову роботу з медсестринства, захистити ступінь доктора філософії, отримати вчене звання професора. В. З. Свиридчук, О. К. Толстанов, В. Й. Шатило обґрунтували доцільність ступеневої освіти медичних сестер та докторату „Сестринська справа“ для підвищення престижності професії медичної сестри, удосконалення сестринської практики та розвитку медичної галузі загалом.

Цікавим, на нашу думку, є аналіз історичних аспектів становлення медсестринства на прикладах інших країн [281]. Так, М. Б. Шегедин і Н. О. Мудрик висвітлили основні історичні періоди розвитку та становлення медсестринства як окремої науки в різних країнах світу та, зокрема, в Україні. М. Б. Шегедин плідно працює над науковим обґрунтуванням нової вітчизняної моделі медсестринської справи та медсестринського процесу, основи якої висвітлені в численних статтях та працях [284, 286, 287, 288, 289, 269].

Теоретичні засади вітчизняного медсестринства стали предметом дослідження таких учених, як Н. В. Пасечко [169], В. Банчук, Є. С. Бочерікова, І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Л. М. Красножон,

О. В. Маркович, В. І. Пирогова, Т. І. Чернишенко, І. І. Фещенко, М. Г. Шевчук.

Розроблена і з 1996 р. діє в нашій державі Національна програма розвитку медсестринства України, що реалізується в системі медсестринської освіти і практичної охорони здоров'я. У 1997 р. створена Асоціація медичних сестер України під керівництвом Г. М. Івашко – головної медичної сестри України [248]. Клініцисти В. А. Гіляровський, Л. Л. Рохліна, Я. П. Фрумкіна досліджували взаємозв'язок психічного й соматичного здоров'я. Акцент на значення психологічного аспекту діяльності медичного працівника ставлять у своїх дослідженнях сучасні науковці, зокрема, М. Аряєв, І. С. Вітенко, В. Т. Волков, В. Запорожан, В. Пельдингер, Є. Д. Соколова та ін. [38, 132, 109, 117].

На першому З'їзді медичних сестер України, що відбувся в Чернівцях у 1999 році був прийнятий Етичний кодекс медичної сестри України [254, с.107; 205], який базується на настановах, клятвах, присягах та працях з історії світової медицини, етико-нормативних документах міжнародних медичних організацій (Статус Всесвітньої організації охорони здоров'я (1946), Лісабонська декларація про права пацієнта (1981, 1995), Європейський кодекс медичної етики (1987), Венеціанська декларація з медичної освіти (1991), Етичний кодекс професійної етики Міжнародної ради медсестер (1973), Етичний кодекс Асоціації медичних сестер Канади (1997)) і який складається із шести частин, що містять в собі двадцять дві статті. Авторами Етичного кодексу медичних сестер України є Ю. В. Вороненко, Т. І. Чернишенко, В. В. Лойко [254, с.107; 205].

Варто зауважити, що державна політика розвитку медсестринства в Україні, зокрема медсестринства в сімейній медицині, спираючись на досвід євроінтеграційних процесів провідних світових держав, потребує вдосконалення, певної реорганізації всієї системи охорони здоров'я. Долучення до сучасних світових стандартів, яким би відповідали випускники медсестринських відділень України, має здійснюватися шляхом підвищення рівня підготовки спеціалістів медсестринської освіти. Саме ця основна ланка медицини вимагає особливої уваги з огляду на те, що свою діяльність медична сестра спрямовує на впровадження етапів медсестринського процесу, перебуваючи в постійному оточенні пацієнтів, будує з ними систему взаємини, які спрямовані на відновлення стану здоров'я та сприяють фізичному та психічному одужанню. Саме вона покликана брати безпосередню

участь у різносторонній реабілітації хворих пацієнтів, створювати мікроклімат доброзичливості, затишку, довіри, розміреності – важливої складової в досягненні задоволення вітальних потреб людини. Зазначене вимагає чіткої, злагодженої робочої взаємодії всіх учасників навчального процесу вищих медичних навчальних закладів, що сприятиме багатогранному вихованню майбутньої медичної сестри, формуванню професійно-педагогічної компетентності та бездоганному володінню нею маніпуляційною технікою і повним теоретичним обсягом знань, забезпечить як досконале виконання призначень лікаря, так і впровадження та реалізацію всіх етапів медсестринського процесу для вирішення та задоволення потреб пацієнта. Таким чином, забезпечення якісної медичної допомоги та доступності до сфери охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті [53, 103, 104].

Першим помічником сімейного лікаря у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню за сімейно-територіальним принципом в обсязі спеціальності „загальна практика – сімейна медицина“ в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома є сімейна медична сестра [12, с. 57]. Призначити на цю посаду можуть спеціалістів (фельдшера або медичну сестру), які закінчили вищий медичний навчальний заклад I-III рівня акредитації та курси за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» післядипломного стажування та отримали відповідне свідоцтво. Зкладами сімейної медицини має здійснюватися і паліативна допомога вдома невиліковним хворим, що полягає в психологічній підтримці, симптоматичному лікуванні, знеболенні, сприяння у вирішенні соціальних проблем [46].

З метою реалізації Програми розвитку медсестринства України до 2010 року Координаційна рада визначила основні пріоритети реформування галузі охорони здоров'я. Підготовка медичних сестер від медичної до ступеневої медсестринської моделі та узгодження їх кваліфікації з міжнародними стандартами визначається головною метою реформ, адже країна потребує якісно нових кваліфікованих спеціалістів, що забезпечать вдосконалення та підвищення рівня медичної допомоги населенню та сприятиме конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці [9, с. 18-21].

Сьогодні медицині потрібні мислячі, віддані своїй справі, ініціативні медичні сестри. Постійне вдосконалення знань сприятиме впровадженню сучасних технологій у практичну діяльність медичної сестри. Медична сестра виконує певні види діяльності за різними

ступенями відповідальності за обсягом посадових обов'язків від чергової до старшої та головної медсестри. Зазначене відповідно вимагає і широкого впровадження ступеневої освіти, що дасть можливість забезпечити практичну медицину медичними сестрами бакалаврами та магістрами, а вищі медичні навчальні заклади медичними сестрами викладачами з необхідними кваліфікаційними стандартами [283, с. 34-38, 283, с. 9-12;].

Зазначимо, що підготовка медичної сестри ґрунтується на окремій галузі знань – науки медсестринства з усіма підходами та необхідністю її становлення та реформування. Забезпечення ступеневості освіти медичної сестри вимагає перегляду в підходах до організації діяльності на медсестринських відділеннях, внесення змін і доповнень до навчальних програм, систематизації знань, методичного та дидактичного забезпечення, дотримання відповідності кваліфікаційних вимог до всіх посад, що беруть участь в організації та забезпеченні навчального процесу згідно сучасних вимог [9, 55, 103, 104, 281, 283, 284, 264, 288, 289]. Отже, професія медичної сестри має забезпечувати ефективне функціонування системи охорони здоров'я, особливо його профілактичної складової.

Видатний хірург М. І. Пирогов, зазначав: „Майбутнє належить медицині профілактичній“. Якщо в європейських країнах один лікар часто працює кількома (від чотирьох до шести) медичними сестрами, то в Україні – переважно з двома. Вони виконують призначені маніпуляції, спостерігають і доглядають за пацієнтами, беруть участь у лабораторних, рентгенологічних та інструментальних методах дослідження пацієнтів, проводять на дільниці профілактичну роботу, розробляють заходи щодо навчання пацієнтів само- і взаємодогляду, здорового способу життя, працюють з документацію. Наявність двох медичних сестер в сімейній амбулаторії потребує забезпечення їх взаємозаміни.

У зв'язку із сьогоденною складною санітарно-епідеміологічною ситуацією існує нагальна необхідність глибокого вивчення клініки, лікування, реабілітації та профілактики соціально небезпечних захворювань – туберкульозу, СНІДу, гепатиту та інших небезпечних інфекцій, на які слід акцентувати увагу медичній сестрі.

Болонським освітнім процесом передбачено ступеневу систему медичної освіти. Від 1991 р. в Україні відкрито 25 медичних коледжів, започатковано навчання на медсестринських факультетах у медичних інститутах та академіях. Відбувається реорганізація вищих навчальних

медичних закладів, зокрема медичних училищ в медичні коледжі. Відкрито і успішно функціонують два інститути медсестринства – в Житомирі і Тернополі. У 2010 р. в Житомирському інституті медсестринства відбувся перший випуск медичних сестер-магістрів. Продовжено на один рік навчання медсестер-бакалаврів. У зв'язку з цими змінами та вимогами розроблено нові навчальні плани та програми. Створюється система додипломної та післядипломної медсестринської освіти з урахуванням сучасних вимог до спеціаліста. З входженням до Болонського процесу в Україну надходять пропозиції готувати у наших закладах спеціалістів і для зарубіжних країн. Таким чином, система медсестринської освіти в медичній галузі потребує вдосконалення з метою підготовки спеціалістів, які відповідали б сучасним світовим стандартам. Особливої актуальності ця проблема набуває в період переходу до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [238]. Пріоритетним напрямом розвитку національної системи охорони здоров'я є забезпечення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [94, 215, 114]. Шляхи становлення і розвитку сімейної медицини на Житомирщині досліджують З. М. Парамонов, В. М. Пономаренко, В. І. Хренов. Під редакцією В. М. Мороза, В. Й. Шатила, В. В. Біктімірова, О. К. Толстанова, В. З. Свиридюка, В. М. Чернобрового видається щорічник „Актуальні питання сімейної медицини“ за матеріалами міжрегіональних науково-практичних конференцій.

У всіх країнах оптимізація обсягів і поліпшення якості медичної допомоги, що надається медичними працівниками первинної ланки, як свідчить міжнародний досвід, є ключовою передумовою забезпечення пріоритетного розвитку й успішного реформування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [77, 84, 319]. Її ефективність має забезпечуватися, зокрема, шляхом науково обґрунтованої організації роботи медичного персоналу як складової реформи системи охорони здоров'я в цілому [204, 305, 321]. Сімейний лікар і сімейна медсестра у системі організації ПМД є центральними фігурами [22, 316, 320], а, відтак, потребують особливої уваги у формуванні у них відповідної компетентності.

1.2. Порівняльний аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини в світовій практиці та в Україні

Сучасний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є важливим засобом упровадження загальної практики сімейної

медицини як складової загальної системи охорони здоров'я на умовах своєчасного надання медичної допомоги кожному, хто її потребує, що ефективно та в повному обсязі забезпечить підвищення якості медичних послуг та поліпшення стану здоров'я населення як за рахунок лікування, так і профілактики захворювань.

Термін первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) вперше згадувався в наукових працях учених Лорда Довсона (Lord Dowson (1920, Великобританія)), Дж. Р. Мілліса (J. R. Millis) та Віларда (Willard) (1960-1969, США). Звіт Ла Лонда (La. Londe (1974, Канада)) орієнтований на збереження здоров'я і профілактику захворювань [9, 175]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) вперше визначено поняття ПМСД у травні 1978 р. на Міжнародній конференції в Алма-Аті [3, 9]. Первинна медико-санітарна допомога передбачає: освіту, яка забезпечить розкриття та засвоєння основних проблем здоров'я та шляхів, методів профілактики і контролю над захворюваннями; інформованість населення про раціональне харчування та забезпечення контролю якості харчових продуктів; контроль за безпечністю води та проведення основних гігієнічних заходів; упровадження заходів щодо планування сім'ї, забезпечення медичної допомоги у сфері материнства та дитинства; проведення профілактичних щеплень проти основних інфекційних захворювань; профілактичні заходи та контроль за епідемічними захворюваннями; лікування поширених захворювань і поранень та забезпечення населення необхідними лікарськими засобами [3].

У межах нашого дослідження первинна медико-санітарна допомога розглядається як одна із складових системи охорони здоров'я, що базується на наукових, практичних і соціальних методах і технологіях, яка має бути доступною для кожного окремого громадянина, сім'ї, фінансуватися за їх безпосередньої участі та за рахунок державних коштів. Рівень її розвитку безпосередньо залежить від соціально-економічної стабільності суспільства певної країни. ПМСД – перший рівень взаємодії особистості, родини та суспільства з національною організацією системи охорони здоров'я, що наближує медичну допомогу до місця роботи і проживання людей і є першим елементом у безпосередньому процесі піклування про здоров'я [328].

Первинна медико-санітарна допомога є найбільш доступною, універсальною, економічно доцільною, раціональною для широкого загалу з огляду на світовий досвід розвитку сімейної медицини [46, 170, 176]. Така допомога надається сільському, міському населенню,

працівникам промислових підприємств службою швидкої допомоги. Первинну допомогу сільському населенню надає сімейний лікар, якого супроводжує висококваліфікована медсестра, зосереджуючи у кожній родині близько 90% усієї необхідної медичної допомоги [121, с.14]. ПМСД включає основні медико-санітарні заходи, доступні окремим особам, сім'ям, громаді, і здійснюється за їх участі на основі адекватних, науково обґрунтованих і соціально-прийнятих заходів та технологій при витратах у межах матеріальних можливостей громадян і країни в цілому на кожному етапі їх розвитку відповідно до принципів самозабезпечення та самовизначення [328]. З огляду на це, соціально-орієнтовану модель первинної допомоги визначається як найбільш доцільна модель ПМСД [22, 46].

1.2.1. Зарубіжний досвід розвитку сімейної медицини

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини та її впровадження в різних країнах світу забезпечується з урахуванням певних особливостей [148, 163, 175, 204, 212].

За рекомендацією ВООЗ фінансування сімейної медицини має здійснюватися за рахунок 85-90 % суспільних витрат (55-60 % – кошти держбюджету і 30 % – обов'язкового медичного страхування) та 10-15 % частки добровільних страхувань, платних послуг, господарських договорів тощо.

Достатньо розвиненою та доцільно організованою є сімейна медицина США, яка характеризується спеціалізацією охорони здоров'я населення [3, 307, 326]. Ще у 1967 р. створено Раду з сертифікації спеціальності сімейної медицини на таких концептуальних принципах: безперервність допомоги – турбота лікаря від зачаття до смерті, включаючи профілактику захворювань; холістичний підхід – потреба в спеціалісті, який здатний орієнтуватися в психосоціальних, фінансових і культурних факторах впливу на життя родини і громадян, що вимагає ґрунтовних знань з психіатрії, психології, педагогіки [317]; комплексність підходу до проблем пацієнта, висока якість надання медичних послуг та уміння працювати в сім'ї при мінімальній затраті коштів і часу [244]. У США пацієнт може прийти на прийом як до сімейного лікаря, так і до інших фахівців, що направляють його на стаціонарне лікування [163, 175, 204].

Характеризуючи медицину Канади як безоплатну і доступну, варто зазначити, що на рік на одного жителя виділяється 2500 доларів. На муніципальному рівні департамент з охорони суспільного здоров'я

спрямовує свою діяльність на профілактику інфекційних захворювань, імунізацією населення, попередження хронічних захворювань, боротьбу зі СНІДом та туберкульозом та займаються навчанням пацієнтів [9]. Тиждневе навантаження сімейного лікаря складає в середньому 182 особи. Лікарі та медичні сестри загальної практики сімейної медицини мають обов'язковий кваліфікаційний сертифікат і здійснюють свою професійну діяльність відповідно до його повноважень, що передбачає вранішній обхід у шпиталі (передбачено 60-80 ліжок на 6 ставок сімейних лікарів), а також амбулаторний прийом (25-40 пацієнтів) у другій половині дня [196, 314].

У Великобританії в 1990 р. створено Раду лікарів загальної практики сімейної медицини і Департамент первинної ланки Національної системи охорони здоров'я, які здійснюють управління зазначеною сферою медичного обслуговування. Сімейний лікар може вільно запрошувати медичну сестру для догляду за своїми пацієнтами [197]. Багато уваги приділяється емоційному стану хворих, лікар займається як прийомом пацієнтів, так і активним відвідуванням їх за місцем проживання [313]. Приблизно 90 % сімейних лікарів самостійно вирішують проблеми пацієнтів і лише 10 % звертаються за допомогою вузьких спеціалістів на рівні вторинної або третинної медико-соціальної допомоги. Переважають групові об'єднання лікарів по наданню допомоги (від 3-4 до 6 і більше лікарів). Координує цю систему Державний Секретар з питань охорони здоров'я. У країні працює спрощена система вільного вибору пацієнтами лікувального закладу і лікаря. Значно збільшилася кількість медичного персоналу, який спрямовує свою діяльність на індивідуальний догляд за пацієнтами, модернізацію лікувальних закладів, забезпеченням сучасним оснащенням та вдосконаленням медичних послуг. Сімейні лікарі надають 90 % усієї медичної допомоги. Один лікар обслуговує 1700-2000 осіб [9, 175]. Значну увагу приділяють спілкуванню з хворими, їх психологічному стану. На прийом одного пацієнта відводиться 8 хвилин. Підготовка фахівців з сімейної медицини передбачає значний обсяг самостійної роботи (1-2 занять на кафедрі, решта часу – робота в амбулаторії, де студент один день працює під контролем відеокамери, потім проводиться аналіз відеозйомок). Вагоме значення надається соціальному статусу медичного працівника та вимогам до його особистісних якостей. За показниками надання ПМСД Великобританія посідає перше місце серед європейських країн [9]. У Великобританії, Норвегії пацієнтів направити в стаціонар має право тільки сімейний

лікар [175].

Центри здоров'я Фінляндії обслуговують в середньому 10 тис. осіб. На три посади сімейного лікаря передбачено одинадцять посад сімейних медсестер. Центри здоров'я – це комплекси закладів надання ПМСД. У країні успішно здійснюють діяльність більше 200 Центрів здоров'я. Велика відповідальність покладається на сімейних медсестер, які здійснюють візити до пацієнтів за виключенням людей похилого віку та хронічних хворих, що знаходяться на денному стаціонарі. За здоров'я пацієнта медичні працівники несуть колективну відповідальність [315].

У 1993 р. започатковано асоціацію – Інститут досліджень по загальній практиці (IRMP), що сприяє вдосконаленню загальної практики у Франції. Зростання загального національного доходу дозволяє збільшити витрати на охорону здоров'я, що забезпечує діяльність 58000 сімейних лікарів, кожен з яких обслуговує 1000 осіб. Добре розвинута страхова медицина, витрати за відвідування лікаря відшкодовуються (одне відвідування коштує 100 франків). Пацієнт може вільно обрати сімейного лікаря [250].

У Хорватії ПМСД – це загальна медична і педіатрична допомога, яка надається через центри здоров'я, в яких працюють сімейні лікарі, патронажні сімейні медсестри та лікарі-діагности. В центрах надання допомоги вдома здійснюють професійну діяльність патронажні сімейні медсестри. Реформи галузі спрямовані на доступність медичних послуг, збільшення тривалості життя, поліпшення якості життя [175].

У Туреччині складність у впорядкуванні ПМСД полягає у відсутності чіткого розподілу функцій та злагодженості між первинною, вторинною і третинною медичною допомогою. Питаннями ПМСД займаються центри охорони здоров'я, педіатричної допомоги і планування сім'ї, протитуберкульозні диспансери. Упроваджується інститут сімейної медицини. Реформація охорони здоров'я країни проводиться упродовж останніх десяти років [163, 175, 204].

Якість надання первинної медико-санітарної допомоги населенню країн Євросоюзу базується і залежить від рівня витрат на надання ПМСД, високого рівня забезпечення населення медичними послугами, поліпшення стану здоров'я населення, що обслуговує 20 % лікарів від їх загальної кількості [175].

Розвиток ПМСД Албанії пов'язують із прийняттям в 2004 р. стратегічної програми розвитку системи охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога надається спеціальними бригадами. Пацієнти мають право вільного вибору сімейного лікаря. Медичні

установи первинного рівня знаходяться у підпорядкуванні національного або місцевого керівництва [163, 175, 204].

У Македонії існує 1200 пунктів надання ПМСД, 300 із них – обслуговується в сільській місцевості. У 1994 р. затверджено Національну програму профілактичної допомоги. Пацієнти можуть вільно обирати сімейного лікаря. Започаткована в 2001 р. страхова медицина. ПМСД включає як медсестринську допомогу вдома, так і надання допомоги у відділеннях терапії, педіатрії, стоматології, шкільної медицини, охорони матері і дитини, що вимагає високого рівня компетентності як лікаря, так і сімейної медичної сестри [175].

З 1991 р. у Болгарії впроваджено приватну медичну допомогу. Національна стратегія охорони здоров'я на 2001–2010 рр. передбачає розвиток міжгалузевого співробітництва, об'єднання функцій громадської охорони здоров'я, реорганізацію ПМСД. Лікар загальної практики сімейної медицини надає населенню всебічну медичну допомогу, включаючи діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, медико-соціальну, та регулює потік пацієнтів на найбільш високий рівень медичного обслуговування. Від сімейної медсестри, як його помічника, вимагається високий рівень кваліфікації з метою лікування, виконання призначень лікаря, діагностичної та профілактичної роботи з пацієнтами. Запроваджена система медичного страхування [148, 163, 175, 204].

Перевагою у радикальному реформуванні охорони здоров'я в Румунії стало її входження до Євросоюзу. Первинну медико-санітарну допомогу надають сімейні лікарі, які заключають відповідні договори та є незалежними працівниками. Функції сімейної медсестри полягають у виконанні призначень лікаря та догляді за пацієнтами. Оплата їхньої праці проводиться комбіновано: за обслуговування конкретної особи і за надання конкретних послуг. Пацієнти мають право вибору лікаря та медсестри, що сприяє високій конкуренції [148, 175].

Поступово розвивається сімейна медицина і в пострадянських країнах близького зарубіжжя. Так, у 2005 р. в Білорусі прийнято Державну програму відродження села 2005–2010 рр., де ПМСД гарантується кожному в країні, а фінансування забезпечує розрахунок на душу населення. Планується поступовий перехід надання медичних послуг на принципах загальної лікарської практики сімейної медицини [163, 175, 204].

Зміцнення ПМСД на засадах сімейної медицини в Литві задекларовано у 1991 р. в Концепції реформування системи охорони

здоров'я. У Законі „Про національну систему розвитку охорони здоров'я“ визначено функції медичної допомоги первинного рівня (1994 р.). У законі „Про первинну медичну допомогу“ передбачено такі види ПМД: амбулаторна допомога, швидка допомога, будинки престарілих, хоспіси, в яких здійснюють догляд за пацієнтами спеціально підготовлені медичні сестри сімейної медицини. Добре співіснують різні форми власності: державна, МОЗ, Міністерство соціального забезпечення, муніципальні та приватні заклади [175].

У 1997-2003 рр. розроблено Національну стратегію реформування і розвитку системи медичного обслуговування в Молдові. Відбулася децентралізація фінансування медичного сектора. ПМСД передбачає мінімальний пакет послуг, що надається через мережу клінік і центрів охорони здоров'я, які пропонують обмежений вибір діагностичних, вакцино-профілактичних, невідкладних та екстрених послуг, що здійснюють сімейні лікарі, яким асистують сімейні медичні сестри [148, 175].

У Російській Федерації приблизно 30 % первинних звернень по медичну допомогу приходить на рівень первинної ланки, що регламентується політикою держави та МОЗ Росії. У 1991 р. прийнято нове законодавство по розвитку медичної галузі. Запроваджено обов'язкове медичне страхування, як державне, так і приватне. Започатковується інститут сімейної медицини з перевагою в сільській місцевості на засадах загальної практики. Росія потребує 75000 фахівців сімейної медицини (підготовлено 7000), а також медичних сестер в системі сімейної медицини, яких катастрофічно не вистачає. Існують проблеми у діяльності приватних медичних установ, функціонування яких не визначено юридично [163, 175, 204].

Початком розвитку сімейної медицини у Казахстані вважається 1989 р., коли дільничні лікарі після проходження курсів удосконалення кваліфікації за спеціальною програмою розпочали свою діяльність на засадах загальної практики сімейної медицини. Сімейний лікар працює з двома медичними сестрами, обслуговуючи 300-350 сімей (1001-1200 осіб). Функції медичних сестер полягають в організації прийому пацієнтів, надання допомоги вдома, проведення санітарно-освітньої роботи. Оплата праці здійснюється окладно-підрядним способом залежно від складності виконаних робіт і коливається в межах двох ставок [149].

У Киргизстані держава забезпечує безперервну освіту сімейних лікарів. Широко розвинуті механізми як державного, так і приватного

сектора надання медичної допомоги. Сімейна медсестра бере участь у прийомі хворих сімейним лікарем та обслуговує сімейні дільниці. Започатковано страхову медицину [249].

Лікар загальної практики сімейної медицини Туркменістану обслуговує населення відповідно до розроблених норм (сто сімей, загальною кількістю 400 дорослих і 420 дітей). Упродовж трьох годин разом з сімейною медсестрою веде прийом і три години активно відвідує пацієнтів на дільниці. Сімейна медсестра – партнер сімейного лікаря. Після переходу ПМСД на засади сімейної медицини 53,4 % усіх відвідувань передано лікарям загальної практики – сімейної медицини від вузьких спеціалістів та 100 % профілактичних оглядів [154].

На 55-ій сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ (2005) втретє оновлено регіональну основу політики „Здоров’я для всіх“, що є продовженням попередньої стратегії „Здоров’я для всіх у ХХІ столітті“, яка покликана виробляти спільні рекомендації для збереження і зміцнення здоров’я населення [159]. Принцип досягнення найвищого рівня здоров’я, проголошений у Статуті ВООЗ, є одним із основних прав кожної людини [165].

Єврокомісія створила програму PHARB і виділила на її реалізацію 90 млн. доларів (підготовка викладачів з дисципліни „Сімейна медицина“, організація факультетів сімейної медицини у вищих навчальних закладах тощо). Чехія, Угорщина, Естонія і Литва є представниками Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) у Європі. У Чехії та Угорщині все ще збережений поділ лікарів на педіатрів та терапевтів, а в Естонії і Литві сімейні лікарі не набули такого соціального статусу як на заході Європи. У Росії, Україні та Болгарії все ще переважають поліклініки старого типу, а кількість сімейних лікарів та медичних сестер не відповідають потребам населення. В Білорусії посади сімейних лікарів запроваджені лише в державних поліклініках [9].

1.2.2. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в Україні

Україна, ставши в 1991 р. суверенною, демократичною державою, проголосила основні цінності і стандарти, що мають забезпечити збереження й процвітання нації в усіх галузях народного господарства та сферах послуг. За даними ВООЗ, забезпечення належного рівня медичної допомоги на одного мешканця має коштувати 30 доларів, тоді як в Україні на лікування однієї людини виділяється тільки чотири,

решта – для забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я [46].

На наше глибоке переконання, міць країни визначається високим рівнем здоров'я її населення. Зберегти здоров'я кожної людини, максимально подовжити тривалість життя означає зберегти і, тим самим, продовжити життя країни. Провідна ідея: „Здорова людина → здорова родина → здорова країна → здорова планета“ має стати основою для надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики і сімейної медицини [201, с. 138]. Сімейна медицина забезпечує первинне неперервне спостереження населення від народження і до кінця життя, що допомагає прогнозувати стан здоров'я родини в цілому та кожного її члена у процесі зростання, формувати, виробляти свідоме ставлення до життя та здоров'я як до найціннішого ресурсу [59]. На державному рівні або опосередковано регулюється діяльність первинної ланки охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Головними є Конституція України (Закон України №254 к 96-ВР від 28.06.96 р.) та Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19.11.92 №2801-ХІІ) [72, 93]. Одним із пріоритетних напрямів державної опіки є охорона здоров'я і добробут населення, що визнані найважливішою цінністю та обов'язком суспільства і забезпечуються гарантіями реалізувати право усіх громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу згідно статті 49. Конституції України [93]. Стаття 3. Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“ трактує визначення охорони здоров'я як „систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя“ [72]. Цим законом визначена організаційна, професійна (права та обов'язки медичних і фармацевтичних працівників), юридична, економічна та соціальна база охорони здоров'я [166].

ХХІІІ сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я ще в 1970 р. затвердила концептуальну резолюцію для всіх членів ВООЗ про принципи розвитку національної охорони здоров'я, а також первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, зазначивши, що служби ПМСД є загальними службами системи охорони здоров'я, з якими населення зустрічається при першому зверненні за медичною допомогою. Первинний контакт між населенням і службами охорони здоров'я відбувається саме тут. Первинні служби займаються здоров'ям

людей, а також здоров'ям суспільства. Вони є відповідальними не тільки за лікування, а й за профілактичні види діяльності стосовно окремих особистостей і суспільства в цілому [168]. Сімейна медична допомога має бути спрямована на профілактику захворювань, пропагування здорового способу життя, максимальне забезпечення збереження здоров'я і працездатності населення [46, 164].

На сучасному етапі в Україні створюються умови для переходу системи надання первинної медико-санітарної допомоги на засади сімейної медицини. Хоча сімейну медицину започатковано у 80-ті роки ХХ століття (1987 р. – експеримент у Львівській області, 1989 р. – „Поліклініка сімейної медицини“ в м. Дніпродзержинську, 1992 р. – амбулаторія сімейних лікарів у м. Дрогобичі, 1998 р. – перша кафедра сімейної медицини у м. Львові), проте стрімкого розвитку сімейна медицина набула уже в ХХІ столітті [9].

Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“ регламентує означення поняття медико-санітарна допомога, як комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів [72].

Термін „сімейна медицина“ вперше вжито в Україні в наказі МОЗ України № 169 від 21.11.1991 р., до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальність введено „Загальну практику – сімейну медицину“. Поетапний план переходу до організації ПМСД на основі сімейної медицини розроблено та затверджено Постановою Кабміну України № 989 „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я“ від 20.06.2000 р. [185].

Державне регулювання інституту сімейної медицини в Україні забезпечено нормативною базою. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, послугувала стратегічним напрямом його впровадження, як системних змін та перспектив в медичній галузі [95]. Умови організації відділень сімейної медицини, їх структуру, основні напрями діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“ [139] та № 303 від 23.07.2001 р. „Про організацію роботи закладів загальної практики – сімейної медицини“ [136]. Наказом МОЗ України № 39 від 01.02.2001 р. внесено спеціальність „Медична сестра

загальної практики – сімейної медицини” до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників.

За дорученням Президента України від 05.01.04 № 1-1/22 запроваджено здійснення заходів з реформування системи охорони здоров'я та поступового досягнення загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення. Програма діяльності Кабінету Міністрів України „Послідовність. Ефективність. Відповідальність“, затверджена постановою Верховної Ради України від 16.03.04 р. № 1602-IV[190] та Стратегія економічного та соціального розвитку України „Шляхом європейської інтеграції“, затверджена Указом Президента України від 28.04.04 р. № 493/2004 [224], сприяють становленню сімейної медицини як окремої ланки.

Окрім того, деякі питання діяльності у сфері охорони здоров'я регулюються Цивільним (від 18.07.63 № 1540-06) та Бюджетним Кодексами України (від 21.06.01 № 2542-III), Законами України „Про місцеве самоврядування в Україні“ (від 21.05.97 № 280/97-ВР), „Про страхування“ (від 07.03.96 № 86/96-ВР), „Про підприємницьку діяльність“ (№ 785-XII від 26.02.91 р.), „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти“ (від 22.02.2000 № 1490-III), „Про власність“ (від 07.02.91 № 697-XII), „Про захист прав споживачів“ (від 12.05.91 № 1024-XII), Постановою Кабінету Міністрів „Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ“ (від 28.02.2002 р. № 228), що визначено підходи до розвитку державної політики в охороні здоров'я.

Так, Конституція України (стаття 49) проголошує, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава відповідає за створення умов для ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян, що надається безоплатно в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Наявна мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. У Конституції визначені органи виконавчої влади (стаття 118) та місцевого самоврядування (статті 140, 141) на обласному, районному і міському рівнях [93].

Основним регуляторним документом в сфері охорони здоров'я є Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я“, в якому спеціально уповноваженим центральним органом, наділеним

державною виконавчою владою в сфері охорони здоров'я, є Міністерство охорони здоров'я України, компетенції якого визначаються згідно Положення Кабінету Міністрів. Міністерство охорони здоров'я Ради Міністрів АР Крим та органи місцевих державних адміністрацій виконують функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України (стаття 15) [166, с.21].

Юридичним документом, що регулює управління в сфері охорони здоров'я, є Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні“. Стаття 60. цього закону передбачає, що управління об'єктів комунальної власності від імені територіальної громади виконують районна та обласні ради.

Заклади охорони здоров'я за визначенням в статті 3. „Основ законодавства України про охорону здоров'я“ це – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників. Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санітарно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

За наявності необхідної матеріально-технічної бази та спеціалістів належної кваліфікації заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями різних форм власності, а також приватними особами. Керівництво громадським закладом охорони здоров'я може здійснювати особа, що відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівник закладу охорони здоров'я діє незалежно в усіх питаннях, пов'язаних з охороною здоров'я (стаття 16) [166, с. 21].

У статті 35 Закон передбачає, що „Держава гарантує надання доступної соціально прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги, як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої діагностики і лікування найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною

ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити вищий рівень кваліфікованого консультування, діагностики, профілактики, ніж лікарі загальної практики. Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються” [166, с. 28].

Право на охорону здоров'я визначено статтями 6-11, де проголошено, що кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, роз'яснюється, що саме розуміється під цими правами, державна гарантія цих прав, обов'язки громадян у галузі охорони здоров'я, права та обов'язки іноземних громадян та осіб без громадянства, які постійно проживають на території України [166, с. 17-19].

У зазначеному документі обумовлена і підприємницька діяльність в галузі охорони здоров'я (стаття 17). Визначені професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників (стаття 77), їх професійні обов'язки (стаття 78) та відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я (стаття 80) [166, с. 21-43].

Для забезпечення здоров'я людини необхідно враховувати всі чинники впливу на його стан, що вимагає оновлення, постійно вдосконалюється нормативно-правової бази на рівні держави та визначення заходів і засобів для контролю та регулювання. У щорічній доповіді про результати діяльності системи охорони здоров'я України (2011 р.), одним із основних законодавчих актів, що визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють відносини у цій сфері, визначено Закон України „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги“, прийнятим Верховною Радою у липні 2011 р. [295, с.97].

Вагомим суб'єктом формує здоров'я населення, впливу на перебіг захворювань, відновлення стану здоров'я людини, пропагування здорового способу життя, що долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, які можуть негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження й зниження

захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України, є медичні працівники.

Складовими медичної допомоги є лікарська й сестринська справа. За визначенням ВООЗ, *сестринська справа* – це наука, спрямована на вирішення наявних і потенційних проблем пацієнта в умовах навколишнього середовища, що змінюється. Міжнародною радою медсестер (Нова Зеландія, Нарада національних представників, 1877 р.) сформульовано визначення сестринської справи як „складової частини системи охорони здоров'я, що включає в себе діяльність щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатними усіх вікових груп. Така допомога здійснюється медсестрами як у лікувальних, так і в інших установах, а також удома – всюди, де є в ній потреба [53].

Основні засади діяльності медичної сестри загальної практики – сімейної медицини регламентує наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. за № 72. Згідно його положень медична сестра сімейної медицини є помічником лікаря у наданні первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в обсязі визначеної спеціальності в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома. Варто зазначити, що нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призводять до втрати комплексності та наступності у наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні [134]. Тому нагальним рішенням проблеми є перехід на трьохрівневу систему надання медичних послуг шляхом перенесення акцентів на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, яка успішно зарекомендувала себе на європейському міжнародному просторі [175].

Поетапний план переходу України до організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини розроблено та затверджено Постановою Кабінету Міністрів України № 989 „Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини у систему охорони здоров'я“ від 20.06.2000 р. [185]. Згодом для реалізації визначеної Конституцією України та „Основами законодавства про охорону

здоров'я державної політики у сфері надання медичних послуг" Указом Президента України затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (№ 1313 / 2000 від 07.12.2000 р.) [95]. Умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрями діяльності визначено в наказах МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“ [139] та № 303 від 23.07.2001 р. „Про організацію роботи закладів ЗПСМ“ [136]. Так, джерелом фінансування Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини є державний бюджет, бюджети місцевих органів виконавчої влади, а також інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

Варто зазначити, що населення України на 01.03.2015 р. складало 42895700 осіб (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя). Із них, прикріплено населення до закладів ЗП/СМ – 18484473 осіб. Всього населення, охопленого ПМСД на засадах ЗП/СМ складає 40,54 %.

Для вдосконалення діяльності ПМСД на засадах сімейної медицини відносно забезпечення пацієнта – центральної фігури в системі медичного обслуговування створюється відповідна законодавча і нормативно-правова база із урегулюванням механізмів забезпечення якості первинної медичної допомоги; проводиться структурна, ресурсна, кадрова, фінансова, матеріально-технічна та інформаційна реорганізація; створюються відповідні медичні та технологічні стандарти, які скеровані на результат [136]. Так, згідно Наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1 „Про вдосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації“, Державна Установа „Український інститут стратегічних досліджень“ з 2006 р. проводить моніторинг розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Усього проаналізовано 214 форм оперативної інформації з регіонів України щодо розвитку мережі, кадрового та ресурсного забезпечення і діяльності закладів (підрозділів) ПМСД, які працюють у визначеному напрямі (дивись додаток Б).

Станом на 01.01.2011 р. кількість закладів ПМСД на засадах сімейної медицини становить 4581, що загалом на 177 закладів (4,01 %) більше ніж на початку 2010 р. На їх базі функціонує 27404 ліжок денного стаціонару. У їх межах створено 10453 (10003 у 2009 р.) дільниць, за якими закріплено 18484473 (15718594 дорослих та 2765708 дітей від 1 до 17 років) осіб, проти 17690349 у 2009 р. Певною мірою скоротилась кількість

існуючих закладів ПМСД (типу фельдшерсько-акушерські пункти з населенням більше 1000 чол., сільські лікарські амбулаторії, дільничні лікарні, поліклініка районної лікарні, поліклініка центральної районної лікарні, і т.п.) із 4708 станом на кінець 2009 р. до 4702 у кінці 2010 р. (на 5 закладів). Упродовж зазначеного періоду створено 149 нових закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини, 114 – у сільській місцевості та 4 – у містах.

Спостерігається найбільш активний розвиток мережі закладів у наступних регіонах: Дніпропетровська (31), Львівська (17), Донецька (17), Луганська (9), Запорізька (7), Хмельницька (7) області та АР Крим (6); відсутній подальший розвиток мережі в наступних регіонах: Кіровоградська (0), Полтавська (0), Харківська (0) та Чернігівська (0) області, а також м. Севастополь (0). У сільській місцевості найбільший розвиток мережі у Дніпропетровській (21), Львівській (14), Запорізькій (7) та Хмельницькій (7) областях, а відсутній у Харківській (0) та Чернігівській (0) областях. Найбільше нових закладів у містах створено у Донецькій (14), Дніпропетровській (5) та Луганській (6) областях.

Кількість штатних посад сімейних лікарів становить 11008,25 (порівняно з 2009 р. (10512,25) зросла на 4,51 %), із них в сільській місцевості – 7121, у містах – 3887,25. Станом на кінець 2010 р. сімейними лікарями в Україні обслуговується 18484473 осіб, що становить 40,54% населення (загальна кількість населення України за даними Державного комітету статистики – 45598200). Загалом в Україні до сімейного лікаря здійснено 54155128 візитів пацієнтів з різною патологією, з яких з профілактичною метою – 15713687, з приводу захворювань – 38363350 звернень (30850655 дорослих та 7512695 дітей до 17 років). Частину пацієнтів із найбільш складною патологією було направлено на консультацію до лікарів-спеціалістів (2249141), а також на стаціонарне лікування до лікарень вторинного та третинного рівнів (999522).

Сімейними лікарями усіх закладів було проліковано 20493964 пацієнтів, зросла кількість флюорографічних обстежень до 8208380 (у сільській місцевості – 5161832, у містах – 3046548). Збільшилась кількість викликів швидкої медичної допомоги до хворих з хронічною патологією на території обслуговування сімейного лікаря, що становить 568559 у 2010 р. проти 522746 у 2009 р. (у сільській місцевості – 378666, у містах – 189893). Значно зростає у 2010 р. кількість померлих від інфаркту міокарду (8298) проти 5734 у 2009 р. на території обслуговування лікаря ЗП/СМ. Проте, знижується кількість померлих від інсульту – 8822 проти 9540 наприкінці 2009 р.

Чисельність прикріпленого населення на одну штатну посаду лікаря ЗП/СМ в середньому по Україні становить 1720 осіб прикріпленого населення на одного лікаря. Цей показник значно коливається, від 2659,01 осіб у Кіровоградській до 1373,81 у Запорізькій областях. Кількість штатних посад сімейних медичних сестер становить 14074,5 13543 (у 2009 р. – 13543), із них в сільській місцевості – 9462,5, в містах – 4612. Кількість фізичних осіб медичних сестер – 13058 (у 2009 р. – 12530), з них у сільській місцевості – 8917, у містах – 4141.

Подальшого підвищення набула забезпеченість таких закладів медичними та немедичними засобами: санітарним транспортом – 3497 (2009 р. – 3165) автомобілями (в сільській місцевості 3207, в містах – 288); електрокардіографами – 4458 (у 2009 р. – 4302) (в сільській місцевості – 3901, в містах – 557); дефібриляторами – 255 (у 2009 р. – 228) (в сільській місцевості – 203, в містах – 525); спеціальним інструментарієм – 6061 (у 2009 р. – 3517) (в сільській місцевості – 5000 та 1061 – в містах); персональними комп'ютерами – 1462 (у 2009 р. – 1257) (в сільській місцевості – 1028 та 434 – в містах), телефонами – 4718 (у 2009 р. – 4630) (в сільській місцевості – 4024 та 694 – в містах) та холодильниками – 5201 (у 2009 р. – 4974) (в сільській місцевості – 4549 та 652 – в містах).

Проаналізуємо у межах досліджуваної проблеми діяльність департаменту охорони здоров'я Житомирської області, який спрямовує свою діяльність на забезпечення достатньої уваги профілактиці захворювань та диспансеризації населення. Запровадження сімейної медицини в Житомирській області, починаючи з 2001 р., сприяло збільшенню кількості закладів загальної практики – сімейної медицини до 244, що включають в себе центри первинної медико-санітарної допомоги, яким підпорядковані сільські лікарські амбулаторії, сільські лікарські амбулаторії з дільницями загальної практики – сімейної медицини, амбулаторії загальної практики на базі сільських лікарських амбулаторій, відокремлені амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.

Зазначимо про зростання кількості штатних посад сімейних лікарів на 10 тис. населення, що покращило показник забезпеченості сімейними лікарями. 79,8 % всього населення охоплено сімейною медичною допомогою. Значно покращився показник кількості штатних посад сімейних медичних сестер ЗПСМ (на 2012 р. складає 692,5) та кількості їх фізичних осіб (станом на 2012 р. – 660). Витрати з місцевого бюджету для надання ПМСД на одну особу складає 88,49 грн.

Вважаємо, що перерозподіл навантаження медицини України у напрямі сімейної медицини дозволить збільшити ресурсне наповнення одного випадку надання допомоги в умовах спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я та зменшити дефіцит фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому.

Проведений аналіз засвідчив, що на сьогодні первинній медико-санітарній допомозі в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а, відтак, низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому. З огляду на те, в Україні первинна медико-санітарна допомога представлена доволі роздробленими структурами, які в переважній більшості функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою, у вітчизняних закладах первинної ланки починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Питома вага видатків на утримання закладів (підрозділів) охорони здоров'я, які надають таку медичну допомогу, становить менше 10% від загального обсягу видатків на охорону здоров'я, що, зважаючи на незадовільний рівень матеріально-технічного забезпечення зазначених структур, є вкрай недостатнім.

Таким чином, головною метою Програми первинної медико-санітарної допомоги України є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної ПМСД з переважним впровадженням засад сімейної медицини, що вимагає забезпечення висококваліфікованими медичними працівниками, зокрема, медичними сестрами.

1.3. Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри сімейної медицини як наукова проблема

Освітня система України безперервно модернізується з урахуванням принципів гуманізації, гуманітаризації, демократизації, науковості, неперервності, практичності, адаптивності, що забезпечує поступове входження у світовий освітянський простір [103, 283]. Адже формування нових стратегічних підходів у розвитку і вдосконалення охорони здоров'я передбачає нові технологічні зміни в медичній освіті. Європейська Комісія Генерального Директорату з освіти і культури в листопаді 2004 р., обговорюючи питання „Ключові компетенції: ключові

компетенції у процесі неперервного самонавчання. Європейські рекомендації”, визначений перелік життєвих умінь сучасного європейця – ключових компетенцій і компетентності [309].

Саме оволодіння основними життєвими вміннями, компетентностями як в сфері життєдіяльності, так і в окремих галузях, зокрема, медсестринській, і є ключовим завданням сьогодення, вирішення якого сприятиме підвищенню загального рівня освіти громадян. Такий підхід у системі охорони здоров'я вимагає кардинальних змін в системі підготовки та перепідготовки кадрів в медичній галузі.

Проаналізуємо категоріальний апарат проблеми професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини. З огляду на те, що рівень сформованості професійної компетентності окремої людини безпосередньо впливає на розвиток окремих галузей виробництва та забезпечує розвиток суспільства, актуальність формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри як особистості і професіонала зумовлюється рівнем її сформованості, що значною мірою залежить від розвитку медицини в цілому та медсестринської галузі зокрема. Розкриття механізмів формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, вимагає, на нашу думку, вивчення сутності змісту та структури цих компетентностей. Отже, мета підрозділу полягає у з'ясуванні сутності, змісту й структури поняття „професійно-педагогічна компетентність” медичної сестри загальної практики – сімейної медицини. До базових понять дослідження віднесемо також поняття „компетенція”, „компетентність”, „професійна компетентність”, „професійно-педагогічна компетентність” сімейної медичної сестри.

1.3.1. Аналіз базових понять дослідження

Останні дослідження та наукові публікації, в яких започатковано розв'язання окресленої проблеми засвідчують про неоднозначний підхід до визначення сутності означених понять.

Термін „компетенція” (від лат. *competens* – той, що відноситься, відповідний) у Великій радянській енциклопедії (гол. ред. Б. А. Введенський, 1953 р.) тлумачиться як коло повноважень якого-небудь закладу або посадової особи [25, с. 292]. В енциклопедичному словнику (Б. А. Введенський, 1954 р.) компетенція розглядається як „коло повноважень, коло питань, в яких дана особа володіє знаннями, досвідом” [298, с. 134]. Цей же автор, пізніше (1963 р.) розкриває термін

„компетенція“ в двохтомному енциклопедичному словнику, як „коло повноважень якого-небудь закладу або особи; коло питань, в яких дана особа володіє знаннями, досвідом“, а „компетентний“ (від лат. *competens* – належний) – знаючий, обізнаний в певній галузі; той, що має право за своїми знаннями або повноваженнями робити або вирішувати що-небудь, судити про що-небудь [297, с. 522]. Як бачимо, зміст поняття „компетенція“ постійно вдосконалювався.

Спільнокореневі „компетентний“, „компетентність“ разом з терміном „компетенція“ (від лат. *competia*; від *competo* – досягати, відповідати, підходити) поступово ввійшли і стали вживаними вітчизняною педагогікою в другій половині ХХ ст. в різних сферах діяльності особистості, включаючи й освіту та [29, с. 51].

В українському радянському енциклопедичному словнику за ред. Ф. С. Бабичева (1988 р.), „компетенція“ (від лат. *competia*; узгодженість, поєднання) – коло повноважень (прав і обов’язків) кого-небудь – організації або закладу або посадової особи; коло питань, в яких дана особа має певні знання, досвід [242, с. 112].

Тлумачення компетенції в словнику української мови дається в тлумаченні добра обізнаність із чим небудь; коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи. Це ж джерело подає поняття компетентний як той, хто має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим небудь добре обізнаний; тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний; тоді як компетентність – властивість за значенням компетентний [219, с. 250].

У тлумачному словнику російської мови (1985 р.) „компетенція“ трактується як коло питань, в яких хто-небудь добре обізнаний; коло чийх-небудь повноважень, прав [15, с. 113]. О. Кочерга (2013) розглядає компетенцію як „опис бажаного для організації поведінки індивіда“ [98]. У словнику іноземних мов за редакцією І. В. Лехіна та Ф. М. Петрова „компетенція“ – володіння особою обсягом знань, згідно з певними наділеними повноваженнями [217, с. 157].

Для визначення сутності професійної та педагогічної компетентностей важливим є визначення поняття „компетентність“. За енциклопедичним словником в перекладі із латинської мови – *competentia*, від *competo* – спільно досягаю, добиваюсь, відповідаю, підходжу; сукупність повноважень (прав і обов’язків) органу чи посадової особи, встановлених законом, статутом або іншими положеннями [24].

Новий тлумачний словник української мови (укладачі В. Яременко, О. Сліпущко, 1998 р.), поняття компетентність розкривають як „добру обізнаність із чим-небудь, коло повноважень якої-небудь організації, установи або особи“, а компетентний це той, „який має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим-небудь добре обізнаний, тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний“ [147].

З точки зору зарубіжних учених компетентність – сукупність знань, умінь, навичок, що сприяють успішному виконанню завдань (М. Каплан, М. Пиримуттер); способи впливу на соціальне середовище (І. Борґ, М. Мюллер); взаємопов'язаність з операційним забезпеченням окремих дій у структурі діяльності (М. Ворверґ, Г. Шредер) та інші [211].

Аналіз наукових джерел засвідчує, що стосовно визначення сутності, понять „компетенція“ та „компетентність“ спостерігаються такі наукові підходи: компетенції є складовими компетентності (за З. Кажановою); компетенція – це наявність кола повноважень (за Д. Єгоровим, С. Бахтєєвою, Т. Коноваловою); компетентність – це ступінь оволодіння компетенцією (за А. Хуторським).

Розмежовує поняття „компетенція“ і „компетентність“ й І. В. Родигіна. На її думку, компетентність є багатоб'ємнішим поняттям, яке включає в себе обізнаність у сфері діяльності, авторитетність та високу кваліфікованість, а не лише „коло повноважень“ [199].

Завдання європейської школи, визначені в доповіді Жака Делола Міжнародної комісії „Освіта ХХІ століття“, визначаються через поняття навчати навчатися, навчати працювати, навчати бути, навчати жити. „Навчати працювати – це забезпечувати не тільки здатність ефективно оволодівати професійними навичками, а й уміння знаходити вихід у найнепередбачуваних виробничих ситуаціях, вміти співпрацювати в колективі, співвідносити себе з конкретними фаховими ролями та ефективно їх виконувати“ [100, с. 201; 301, с. 30]. Виходячи з цих позицій, європейські експерти в поняття компетентності включають такі параметри: спроможність особистості сприймати та відповідати на індивідуальні і соціальні потреби; комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок [211].

Поняття компетентності як результату навчання з'явилося в термінології сучасної педагогіки недавно. Його визначення тлумачиться по-різному. Так, Міжнародна комісія Ради Європи розглядає поняття компетентності як загальні або ключові вміння, базові вміння,

фундаментальні шляхи навчання, ключові кваліфікації, ключові уявлення, опорні знання тощо. Компетентності, на думку експертів Ради Європи, передбачають: спроможність фахівця сприймати та відповідати на індивідуальні та соціальні потреби; комплекс ставлень, цінностей, знань і навичок [301].

Варто зазначити, що в 1997 році Рада Європи визначила п'ять основних компетенцій, необхідних кожній людині незалежно від рівня освіти та виду діяльності: *політична та соціальна компетенція* – означає здатність приймати рішення як індивідуальні, так і групові та нести за них відповідальність. Зазначені компетенції передбачають незалежність особистості, її здатність ефективно взаємодіяти в соціумі, тобто визначають соціальну зрілість людини; *інформаційна компетенція* – передбачає володіння сучасним інструментарієм, необхідним для отримання інформації (комп'ютер, Інтернет, новітні технології та інше); *соціокультурна компетенція* – означає толерантне ставлення до представників інших націй, культур та релігій, готовність з ними плідно взаємодіяти; *комунікативна компетенція* – виявляється у здатності здійснювати письмову та усну форму спілкування (сюди ж відноситься *білінгвальна компетенція*, тому що сучасні вимоги європейської освіти передбачають володіння декількома мовами); *компетенція реалізації здібностей та бажання безперервного навчання* – означає схильність до самоактуалізації, високий рівень професійної мобільності фахівця, його психологічну стійкість. Зазначене передбачає навчання протягом усього життя як у професійному, так і в суспільному та особистому сенсі [152]. Саме цей підхід, на нашу думку, є актуальним у медсестринській освіті, оскільки підтверджує тезу „вчитися все життя” – провідну для підвищення професіоналізму медичної сестри сімейної медицини. Основою цього процесу за М. В. Рудіною (2011 р.) є акмеологічні й андрагогічні засади освіти дорослих – освіти впродовж життя. Провідною формою його є система післядипломної освіти, що забезпечує зростання показники сформованості визначених компетентностей [202, с. 15].

У нашому дослідженні будемо послуговуватися високими вимогами відповідності особистості критеріям компетентності, які визначили Рада Європи. По суті компетенції є моделлю критеріїв, якими має оволодіти особистість, а компетентність означає ступінь володіння ними. Така модель компетенцій, на нашу думку, є доцільною в таких галузях, як педагогіка, психологія, розробка сучасних освітніх стандартів, підготовка майбутніх спеціалістів та

виховання сучасної молоді, фахівці галузей виробництва та сфери обслуговування при виконанні своїх функціональних обов'язків.

Компетенція визначається також (С. Г. Пільова, 2011 р.) як „коло повноважень, які надані фахівцю для виконання своїх обов'язків у професійній діяльності, а компетентність – особистісна інтегрована характеристика професійного й особистісного розвитку людини, що характеризується наявністю достатніх знань, умінь, навичок, ціннісних орієнтацій і досвіду для ефективного, кваліфікованого й успішного здійснення професійної діяльності“ [177, с. 15].

Великий тлумачний словник сучасної української мови (укладач В. Т. Бусел), тлумачить поняття „компетентний“, як той, хто „має достатні знання в якій-небудь галузі; який з чим небудь добре обізнаний; тямущий; який ґрунтується на знанні; кваліфікований; який має певні повноваження; повноправний, повновладний“ [30, с. 445].

О. Митник (2013) розглядає компетентність не тільки як здатність особистості застосовувати знання, уміння і навички у запланованих, але і в непередбачуваних навчальних і життєвих ситуаціях. Професійну компетентність асоціює з умінням використовувати професійні знання, уміння, навички й досвід у різноманітних ситуаціях [122].

Погоджуємося з думкою більшості науковців, що компетентність нерозривно пов'язана із застосуванням знань, умінь і навичок у професійній діяльності, отож в межах досліджуваної проблеми доцільно розглянути сутність професійної компетентності.

Витоки сучасних підходів до розуміння професійної компетентності можна віднести до часів попередників-науковців, які значну роль відводили трудовому вихованню та трудовій діяльності. Так, К. Д. Ушинський (1824-1871) основною метою виховання вважав підготовку всебічно розвиненої людини, а наріжним каменем теорії виховання – вчення про трудове виховання, яке ґрунтується на положенні, що в трудовій діяльності розвивається і формується людина. „Педагогічна практика без теорії – те саме, що знахарство у медицині“ [301, с. 16-17].

Таке визначення, певною мірою, співвідноситься з точкою зору українських науковців. Так, А. Й. Капська зазначає, що поняття „компетентність“ містить набір знань, навичок та ставлень, які дають змогу особистості ефективно здійснювати діяльність або виконувати певні функції, що забезпечують досягнення нею певних стандартів у галузі професії або певного виду діяльності [85]. В основі такого трактування покладено поняття професійна освіта, що на думку

С. П. Максимюк є сукупністю знань, практичних умінь і навичок, необхідних у певній галузі трудової діяльності [112, с. 144].

Термін «компетентність» (О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук, 2011 р.) використовується для позначення інструментальної основи діяльності (однієї з внутрішніх характеристик активності людини), сутність його можна розкрити через такі важливі поняття, як „знання” (це не лише сукупність відомостей про навколишній світ, а й здатність людей орієнтуватися в системі соціальних взаємовідносин, діяти відповідно до обставин у різних життєвих ситуаціях), „уміння” (здатність людини усвідомлено застосовувати набуті знання адекватно новим обставинам діяльності), „навички” (опанування до автоматизму способами використання певних засобів діяльності) [67, с. 287].

Погоджуємося з думкою, що набуті знання, уміння і навички виступають засобами професійної діяльності. Практичне використання їх в житті та професійній діяльності вимагає постійного оновлення та неперервного їх вдосконалення [27, с. 287].

Охарактеризуємо сутність, зміст та визначенням поняття професійної компетентності в дослідженнях науковців. Так, Л. І. Анциферова визначає професійну компетентність як сукупність професійних якостей. Як складну систему внутрішніх психічних станів та властивостей фахівця, готовність до здійснення професійної діяльності та здатність виконувати необхідні для цього дії визначив професійну компетентність Ю. В. Варданян. За І. Г. Клімковичем, професійна компетентність є здатністю реалізувати на певному рівні професійно-службові вимоги. В. І. Огарьов охарактеризував професійну компетентність, як стійку здатність до діяльності зі знанням справи, а А. К. Маркова як професійну самоосвіту [113].

І. С. Аветісова (2011 р.) сутність поняття „професійної компетентності” уточнює як „інтегровано особистісне утворення, що складається з суб'єктивного досвіду, знань, професійних умінь, особистісних якостей, які в сукупності забезпечують ефективність розв'язання професійних завдань” [1, с.13-14].

Виокремлюють етапи зростання професійної компетентності: адаптації фахівця до професії; самовизнання викладача у професії; вільного володіння професією на рівні майстерності; вільного володіння професією на рівні творчості [14, с. 41-50].

Сучасні наукові підходи до визначення професійної компетентності Е. Г. Азімов, А. Н. Щукін (1999); С. Є. Шишов,

В. А. Кальней (2000); Г. С. Данилова (2003); А. В. Хуторской (2003); В. Г. Кремень, М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, В. Д. Шинкарук, В. В. Грубінко, І. І. Бабин (2004); Л. Я. Бірюк, 2004; І. В. Родигіна (2005); О.В. Плахотнік (2013) [178], Н. В. Бахматта ін. дають можливість широко та досконало дослідити це поняття.

С. С. Вітвицька вкладає в поняття професійної компетентності знання, вміння, навички, критичні погляди й оцінки, постійне самовдосконалення, високий рівень загальної культури, а у формуванні професійної майстерності акцентує на використанні тісного зв'язку теорії, методики і педагогічної техніки. Критеріями майстерності, на думку С. С. Вітвицької, *за спрямованістю* є доцільність, *за результатами* – продуктивність, *за характером взаємовідносин з усіма учасниками виховного процесу* – діалогічність, *у виборі засобів* – оптимальність, *за змістом діяльності* – творчість [35].

Аналіз наукової літератури свідчить, що термін „компетентність” використовується у професійній діяльності, тому його визначення компетентності стосується професійної діяльності, досвіду роботи та знань, частіше тлумачиться як досконале знання своєї справи, досягнення професійної майстерності тощо. С. С. Рачева визначає поняття компетентність як таке, що об'єднує в собі складний зміст, який інтегрує професійні, соціально-педагогічні, соціально-психологічні, правові характеристики тощо [198].

Компетентність є категорійною складовою філософії, класичної та соціальної педагогіки, соціології, психології, медицини та інших наук, що свідчить про інтегрований, міждисциплінарний (забезпечуючі, забезпечувані та внутрішньопредметні зв'язки) та надпредметний характер компетентності.

На нашу думку до визначення компетентності варто підходити, враховуючи складність поняття, яке вказує не лише на знання, вміння, навички, досвід, якими має володіти фахівець певної галузі, а й як на відповідність життєвим і професійним цінностям, високому рівню освіченості та спроможність самостійного прийняття відповідальних професійних рішень тощо. Зазначимо, що тільки в діяльності проявляється компетентність.

С. В. Лісова (2011) дає визначення компетентності фахівця з вищою освітою, як виявлені ним на практиці прагнення й здатність (готовність) реалізувати свій потенціал (знання, уміння, досвід, особистісні якості й ін.) для успішної творчої (продуктивної) діяльності у професійній і соціальній сфері, усвідомлюючи її соціальну значущість й особисту

відповідальність за результати цієї діяльності, необхідність її постійного вдосконалювання [107].

О. Митник, Н. М. Бібік, О. В. Овчарук, О. Я. Савченко, О. І. Пометун вважають, що компетентісний підхід є визначальним у формуванні професійної, соціальної, комунікативної компетентностей [21, 122, 153, 181, 203]. Компетентність характеризує здатність людини (фахівця) реалізовувати свій людський потенціал для професійної діяльності [107]. Так, С. Г. Пільова (2011 р.) розглядає професійну компетентність як „інтегративне особистісне утворення фахівця, що ґрунтується на фахових знаннях, практичних уміннях і навичках, значущих професійних і особистісних якостях, ціннісних орієнтаціях та наявному досвіді, що дозволяє йому на високому професійному рівні здійснювати відповідну діяльність” [177, с. 15].

За визначенням Є. М. Павлютенкова, професійною компетентністю є „наявність певного рівня сформованих знань, умінь, навичок, професійно важливих якостей, а також внутрішнього світу особи, її потреб, ціннісних орієнтацій, уявлення про людей, саму себе, результати власної діяльності” [167, с. 65]. На наш погляд, саме сформована у навчальній діяльності компетентність майбутнього спеціаліста є стартовим базисом, що забезпечує його успішну професійну діяльність на робочому місці, що вимагає постійного вдосконалення, тобто підкріплення компетентності впродовж життя післядипломною підготовкою.

Погоджуємося з думкою Н. М. Юдзіонк (2011 р.), що професійна компетентність особистості виявляється через професіоналізм, є ширшим поняттям, чим „професійна кваліфікація” і слугує взаємодоповнюванням до „професіограми” [299, с. 7]. Р. В. Чубук (2008 р.) професійну компетентність розглядає як „інтегративне особистісно-діяльнісне утворення та цілісну сукупність збалансованого поєднання професійних знань, умінь і навичок, особистісно-професійних якостей і професійного досвіду, що формуються за відповідних педагогічних умов” [257, с. 16].

На основі аналізу наукових підходів до розуміння сутності компетентності, проаналізувавши тлумачення понять компетенції та компетентність, виходячи із більшості поглядів, суджень, переконань та визначень нами обрано робоче визначення поняття професійної компетентності. Під професійною компетентністю розуміємо здатність фахівця до виконання певних видів діяльності, до засвоєння і

застосування знань, умінь і навичок в практичній діяльності, накопичений навчальний, а згодом і професійний досвід.

1.3.2. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності

Розглянемо особливості професійної компетентності медичних сестер сімейної медицини, адже кожна професія має свої професійні відмінності [133, с.11-12]. Професіоналізація (П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо, 2002 р.) – це суспільно-економічне явище, якому властивий закономірний, об'єктивний характер розвитку [133]. Одним із критеріїв професіоналізму М. В. Рудіна (2011 р.) вважає саме професійну педагогічну компетентність [202, с.15].

Галузевий стандарт вищої освіти України освітньо-кваліфікаційної характеристики молодшого спеціаліста встановлює професійне призначення і умови професійної діяльності випускників вищих навчальних закладів зі спеціальності 5.12010102 „Сестринська справа“, галузі знань 1201 „Медицина“, освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста у вигляді переліку первинних посад, виробничих функцій та типових завдань діяльності, а також освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів у вигляді переліку здатностей та умінь вирішувати завдання діяльності, вимоги до атестації якості освіти та професійної підготовки випускників вищих навчальних закладів, відповідальність за якість освітньої та професійної підготовки [42]. Цим стандартом обумовлено професійні, соціально-виробничі, соціально-побутові види типових завдань діяльності медичної сестри. Основними класами завдань діяльності медичної сестри є стереотипна, діагностична та евристична. Діяльність медичної сестри передбачає предметно-практичні, предметно-розумові, знаково-практичні, знаково-розумові види умінь [42]. Рівні їх сформованості визначаються здатністю виконувати дію, спираючись на матеріальні носії інформації щодо неї, постійний розумовий контроль без допомоги матеріальних носіїв інформації, автоматично на рівні навички.

Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012 – 2021 рр. націлена на компетентісний підхід у навчанні [56]. Європейські експерти наголошують, що саме на основі компетентності особистість спроможна приймати та відповідати на індивідуальні і соціальні потреби, формувати комплекс ставлень, цінностей, знань, умінь і навичок [211]. Компетентісний підхід стосується і діяльності медичної сестри сімейної медицини, яка першою реагує на індивідуальні і

соціальні потреби пацієнтів, об'єктивно оцінює ситуацію та формує пошук шляхів виходу із ситуацій, що складаються [101].

З урахуванням міжнародного досвіду, вітчизняних традицій освіти та її адаптації до сучасного розвитку галузей виробництва та сфери обслуговування, здійснюється спроба запровадження теоретично обґрунтованого підходу до теоретичного і практичного навчання у вищих закладах освіти України. Вважаємо, що саме реалізація компетентісного підходу у підготовці медичної сестри сімейної медицини забезпечить впровадження засвоєних знань у кожній конкретній практичній ситуації, спрогнозувати та передбачити наслідки, навчитися виходити за межі ситуацій з метою уникнення потенційних, а при появі – вирішення наявних проблем.

При здійсненні пошуків розгляду проблеми професійно-педагогічної компетентності в процесі професійної підготовки майбутніх медичних сестер сімейної медицини, у наукових джерелах не виявлено системних досліджень у визначеному напрямі. Проте ми зустріли деякі розробки, що розкривають поняття компетентності та професійної компетентності медичної сестри. Так, у розділі „Медсестра і практика“ Етичного кодексу професійної етики Міжнародної Ради медсестер зустрічаємо поняття особистої компетенції, яке передбачає прийняття виважених рішень, а також відповідальність за постійне вдосконалення кваліфікації [87, с. 45-46].

У статті 3. „Професійна компетентність – головна умова сестринської діяльності“ Етичного кодексу медичних сестер України, що прийнятий на першому з'їзді медичних сестер України (1999 р., м. Чернівці) зазначено, що поняття компетентності передбачає виконання обов'язків професійно, згідно зі стандартами діяльності, визначеними МОЗ України, творчий підхід до виконання своїх обов'язків, уміння швидко орієнтуватися в інформації, вибирати з неї необхідне, безперервно удосконалювати свої знання та навички, підвищувати свій культурний рівень та бути компетентною щодо моральних і юридичних прав пацієнта. Послугуючись високими стандартами у сфері сестринської практики з урахуванням реальних ситуацій, медична сестра має керуватися вимогами законодавства та принципами професійної етики, нести персональну відповідальність за виконання своїх професійних обов'язків. Стаття 2 „Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу“ передбачає, що „медична сестра в міру своєї компетенції повинна надавати невідкладну допомогу кожному пацієнту“ [208, с. 9; 87, с. 38].

Н. М. Касевич поняття компетентності медичної сестри розглядає як здатність виконувати нею практичні маніпуляційні навички, при цьому акцентуючи увагу і на комунікативні компетенції, беручи до уваги, що медична сестра повинна бути готовою дати відповідь на всі запитання, безумовно, в межах своєї компетенції [87, с. 171]. При цьому варто враховувати особистісні якості медичного працівника, від якого буде залежати ефект використання кваліфікації як інструменту діяльності [87, с. 91].

За часів використання маніпуляційних сучасних піар-технологій, коли в ЗМІ постійно лунає медична реклама, у пацієнта формується вибіркова однобічна обізнаність, що часто призводить до неправильного застосування ліків, самолікування, неправильного догляду. У такій ситуації саме медична сестра сімейної медицини має вчасно скоординувати спільні дії з пацієнтом, навчити, проконсультувати, зорієнтувати його у сутності лікування та догляду [272, с. 138].

Мистецтвом її діяльності в інформуванні населення є не стільки вміння повідомляти, скільки вміння спонукати пацієнтів та пересічних громадян до засвоєння необхідної достовірної інформації, викликати бажання набувати знання. Медична сестра сімейної медицини має стимулювати інтерес пацієнтів до співпраці, допомагати у виробленні позитивної самооцінки в процесі набуття інформації, тим самим викликаючи в них віру в себе та бажання вдосконалюватися. Як зазначав В. О. Сухомлинський, бажання вчитись виникає за наявності успіху [229].

Важливим для медичної сестри є оволодіння інформаційною компетентністю, яка (за Я. В. Карлінською, 2010 р.) визначається як складна інтегративна якість особистості, що включає сукупність знань, умінь і навичок виконання різних видів інформаційної діяльності (збору, аналізу, перетворення, зберігання, пошук й поширення інформації), а її формування у процесі навчання є складним багатофункціональним інтегрованим процесом, спрямованим на усвідомлення студентами мотивів, потреб інформаційної діяльності, поєднання теоретичної та практичної складових професійної підготовки, введення в зміст навчання дисциплін інформаційної складової, що забезпечить збереження, обробку, передачу та відображення необхідної інформації [86, с. 191].

За аналогією, нами встановлено, що компоненти такого підходу у визначенні інформаційної компетентності повною мірою відповідають

вимогам щодо обґрунтування інформативної діяльності медичної сестри сімейної медицини, яка має зібрати інформацію про пацієнта та його оточення, виявити чинники ризику захворювання, спонукати людину до співпраці, переробити та передати інформацію про неї лікареві, мати необхідні навички для поширення необхідної медичної інформації серед населення дільниці, використовуючи при цьому сучасні інформаційні та телекомунікаційні технології. Зазначене, на нашу думку, забезпечить розвиток інформатизації охорони здоров'я, регламентованого Законами України „Про концепцію Національної програми інформатизації“, „Про Національну програму інформатизації“, „Про інформацію“, наказу МОЗ України № 675 від 25.11.2008 р. „Про затвердження галузевої програми „Електронна система реєстрації та обміну медичною інформацією між закладами, установами та організаціями системи охорони здоров'я“ тощо [82].

Для підвищення ефективності роботи закладів сімейної медицини передбачає впровадження інформаційних технологій. На базі стандартних програм створюються програми з базою даних про населення сімейної лікарської дільниці, протоколи надання допомоги, результати лабораторних обстежень, диспансерна та інші систематизовані групи. Такі заходи вивільняють час, що витрачається на заповнення різних журналів обліку необхідної інформації як лікаря, так і медичної сестри. Для забезпечення такої діяльності медичні працівники мають оволодіти персональним комп'ютером, основними та спеціальними медичними програмами, що вимагає оволодіння інформаційною компетентністю [116]. Варто зазначити, що інформативна компетентність неможлива без взаємодії всіх учасників лікувального процесу з чіткою диференціацією функцій та завдань кожного з них. Одна і та ж інформація про пацієнта має своє призначення та спрямування, зосереджена або на хворобі (медична) або на пацієнтові (медсестринська).

За наказом МОЗ України № 585 від 11. 11. 2005 р. Про затвердження „Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.“ особливості підготовки медичних сестер та їх основні пріоритети базуються на основі медсестринської моделі підготовки медичної сестри [138, с. 4-11].

Медична модель, в основному, зосереджена на причинах захворювання, ознаках і симптомах, лікуванні пацієнтів, тоді як медсестринська діяльність спрямована на надання медсестринської допомоги і догляду, здійсненні медсестринського процесу, оцінці

загального стану пацієнта, плануванні і проведенні сестринських втручань, оцінці їх результатів.

Медсестра здатна відігравати самостійну роль у наданні медичної допомоги, плануванні і здійсненні догляду за пацієнтом на основі наукових знань і особистих спостережень [123, 205]. Вона має оцінити стан пацієнта, його самопочуття, надати допомогу або попередити захворювання. Медична сестра повинна бути готовою до цілісного (холістичного) підходу до людини [220]. Зазначене вимагає врахування задоволення *фізичного здоров'я*, яке включає спадковість, сон і відпочинок, цілісність тіла; *емоційного здоров'я* (наявність афекту, регуляція настрою); *духовного здоров'я* (світогляд, самореалізація, ставлення до релігії та свобода віросповідання); *соціального здоров'я* (побудова взаємовідносин, тісні родинні зв'язки, можливість дотримання культурних традицій, сексуальність, безпечне навколишнє середовище); *інтелектуального здоров'я* (пам'ять, освіта, здібності до пізнання, адекватне сприйняття). Тільки забезпечуючи задоволення усіх потреб людини можна досягнути балансу її фізичної і духовної сфер у процесі життєдіяльності. Етичний кодекс Міжнародної Ради сестер визначає чотири основних обов'язки, що покладено на медичну сестру: зберігати здоров'я, попереджувати захворювання, відновлювати здоров'я і полегшувати страждання. Потреба в діяльності медичної сестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності і прав людини. Вона не має обмежень за національним і расовим ознакам, за віросповіданням, політичним переконанням чи соціальним статусом [220].

З розвитком медсестринства змінюється роль медсестри, розширюється коло її повноважень, а діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні незалежних медсестринських втручань [231, с. 142]. З огляду на те, що медсестринський догляд – робота, яку виконує медична сестра у відповідно до функціональних обов'язків, їх можна охарактеризувати як підтримка й укріплення стану здоров'я, догляд за хворими і надання реабілітаційної допомоги [220]. Медична сестра в своїй діяльності має керуватися, в першу чергу, інтересами пацієнта, дотримуватись його автономності, так як саме їй відводиться основна роль у вирішенні фізіологічних, соціальних, психологічних і духовних потреб пацієнта.

На вищі медичні навчальні заклади покладається відповідальне завдання підготовки випускників як соціальних особистостей, здатних

вирішувати актуальні проблеми за умови оволодіння системою умінь та компетенцій. Медична сестра має володіти *соціально-особистими, загальнонауковими, інструментальними, загально-професійними та спеціалізовано-професійними компетенціями*. Саме вони забезпечать вирішення завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та умінь. У загальні вимоги до властивостей і якостей майбутньої медичної сестри як соціальної особистості віднесемо перелік компетенцій щодо вирішення важливих проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та системи умінь, що забезпечують наявність цих компетенцій. Охарактеризуємо їх більш детально.

Так, *соціально-особистісна компетенція* забезпечує підтримку необхідного для професійної діяльності інтелектуального рівня, передбачає наявність вміння збагачувати свій інтелект шляхом самоосвіти та самоаналізу, володіння креативним та системним мисленням. Важливим також є толерантне ставлення до протилежних думок, уміння брати участь у дискусіях та виборі оптимальних рішень, тим самим збагачуючи інтелектуальний рівень особистості, колективу, суспільства, спираючись на знання історичного матеріалу з української та світової культури. Ефективну діяльність медсестри забезпечать знання критеріїв оцінювання результатів діяльності у процесі взаємоузгодження особистих, колективних та суспільних інтересів, прагнення до досягнення високих показників якості результатів у професійній діяльності, що передбачає володіння властивостями комунікабельності й адаптивності, розуміння та сприйняття етичних норм ділового спілкування та доцільної критичності та самокритичності, усвідомлення сутності загальнолюдських проблем з питань збереження природних ресурсів та екології. Необхідність розуміння та дотримання норм здорового способу життя визначається спроможністю передбачати результат та наполегливо досягати мети, що можливо шляхом виховання завзятості у професійних досягненнях на основі реалізації власного інтелектуального потенціалу, врахування тенденцій соціального та економічного розвитку держави.

В основі *загальнонаукових компетенцій* медичної сестри лежать базові уявлення про основи філософії, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, схильності до етичних цінностей. Зазначене вимагає неупередженого, наукового, логічного аналізу ситуацій та соціальних процесів, оцінку ролі особистості в історичному розвитку. Медична сестра має, спираючись на філософські погляди,

аргументовано відстоювати власні думки на ту чи іншу проблему, толерантно ставитися до протилежних міркувань під час вирішення професійних завдань. Вагомими є базові знання з соціології та медичної соціології, історії медицини та медсестринства, що забезпечують розуміння причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства й уміння їх використовувати в професійній та соціальній діяльності. Значущість використання застосованих знань, виявляється в оцінюванні подій в усіх аспектах соціального процесу в державі, забезпеченні комфортної ділової атмосфери та досягнення високих результатів праці. Орієнтуватися в завданні соціології здоров'я на сучасному етапі розвитку українського суспільства, розглядати суспільні явища в конкретних історичних умовах і розвитку, вирішувати практичні професійні завдання в сучасних умовах державотворення, процесі формування ринкової економіки і відповідних соціально-політичних відносин в Україні, об'єктивно і критично оцінювати життєвоважливу соціальну інформацію має кожен медичний працівник, особливо медична сестра, яка виконує просвітницьку роль у процесі спілкування з населенням.

Професійні компетенції складаються із загальнопрофесійних та спецізовано-професійних. Загальнопрофесійні компетенції передбачають: базові уявлення про різноманітність об'єктів предмета діяльності, становлення та формування сфери медичних послуг та медичної допомоги, інституційні засади розвитку сфери медицини і медсестринства; володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації об'єктів предмета діяльності; застосування основних методів аналізу й оцінювання стану об'єктів діяльності, узагальнення результатів аналізу й оцінювання, застосування сучасних методів роботи у виробничих умовах. Базові уявлення про основні закономірності й сучасні досягнення в основах теорії та методології організації медичної допомоги та медичних послуг та основні види контролю під час надання медичних послуг та медичної допомоги мають забезпечити застосування на практиці принципів медсестринської етики та деонтології, розуміння соціальних наслідків своєї професійної діяльності. Планування й реалізація відповідних заходів вимагає знань основ правознавства і законодавства України в галузі охорони здоров'я, виконання діяльності відповідно до вимог безпеки життєдіяльності й охорони праці, проведення аналізу та узагальнення результатів діяльності. Комунікативні навички роботи в складі медико-санітарної бригади сприяють досягненню відповідних

результатів. Базові уявлення про напрями забезпечення ефективного розвитку галузі визначають розуміння шляхів розвитку медсестринства, сучасні наукові підходи до особливостей та проблеми розвитку закладів охорони здоров'я загалом.

У процесі надання медичних послуг та медичної допомоги *спеціалізовано-професійні* компетенції реалізуються через використання стандартів та нормативних документів для практичного виконання робіт зазначеного профілю. Зазначене передбачає використання теоретичних знань і практичних навичок з медсестринства у внутрішній медицині, в хірургії, онкології, анестезіології та реаніматології, в педіатрії, в акушерстві та гінекології, в інфектології, офтальмології, в отоларингології, в неврології, психіатрії та наркології, громадського здоров'я та громадського медсестринства з метою формування, збереження та поліпшення здоров'я членів громади. Теоретичні знання і практичні навички з медичної та соціальної реабілітації складають основу відновлення здоров'я населення, їх використання під час виникнення надзвичайних ситуацій (техногенних та природних катастроф). Застосування теоретичних знань і практичних умінь щодо підбору та використання обладнання, устаткування та матеріалів для виконання робіт забезпечує ефективність майбутньої професійної діяльності шляхом практичного використання знань і практичних умінь з дисциплін *професійної та практичної підготовки* в умовах професійної діяльності, використання комп'ютерних технологій у галузі професійної діяльності. Значимими є знання з гуманітарних, соціально-економічних та природничо-наукових дисциплін під час вирішення практичних завдань щодо надання медичних послуг та медичної допомоги. Застосування знань щодо забезпечення виконання стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду має забезпечувати вдосконалення стандартів медсестринських маніпуляцій, процедур та планів догляду з метою реалізації медсестринського процесу.

Реалізуючи *спеціалізовано-професійні* компетенції в практичній діяльності, медична сестра сімейної медицини має усвідомити значення *професійно-педагогічної компетентності*, без якої неможливо повною мірою забезпечити виконання покладених на неї функцій і завдань при виконанні призначень лікаря, наданні медсестринської допомоги та здійсненні догляду за пацієнтом, що здійснюється в системі „людина – людина“

Під терміном *професійна компетентність медичної сестри* ми

розуміємо: *фахову* здатність спеціаліста оперувати своїми знаннями, уміннями, навичками, спроможність на практиці вміло орієнтуватися в стані здоров'я людини, пошуку чинників впливу на пацієнта в середовищі, що його оточує, адекватно оцінювати проблеми та своєчасно й кардинально вирішувати і задовольняти його потреби та родини, що пов'язані з порушенням стану здоров'я для адаптації в умовах, що виникли, діяти в умовах змін відповідно до ситуації та *педагогічну* здатність вибудовувати взаємини з пацієнтом та його родиною, визначати особистісні якості людини та готовність її до одужання шляхом тісної співпраці з медпрацівниками; спроможність впливати на пацієнта, підвищуючи його мотивацію до життя, всилити віру в одужання, навчати елементам само- та взаємодогляду та життя в умовах хвороби.

Таким чином, діяльність медичної сестри передбачає як здійснення практичної медсестринської маніпуляційної діяльності, так і навчання пацієнтів. Тому для нас є важливим дослідження професійної компетентності медичної сестри як наставника, що повною мірою відповідає формуванню професійно-педагогічної компетентності та сприятиме успішному впровадженню її в практичній медсестринській діяльності

При підготовці майбутніх медичних сестер загальної практики сімейної медицини доцільно виокремити, на нашу думку, такі показники, як здатність до активної участі та співпраці, уміння розв'язувати проблеми у різних життєвих ситуаціях; наявність професійної мобільності у різних соціальних умовах, стійкість комунікативних навичок та вмінь, знання та навички соціальних та громадських цінностей, сформованість навичок взаєморозуміння, уміння визначати соціальні ролі у суспільстві та інші. Варто зазначити, що діяльність медичної сестри загальної практики сімейної медицини базується на взаємодії з колегами, пацієнтами, родичами пацієнтів. Переважна більшість робочого часу медичної сестри витрачається на комунікацію (отримання, передачу та обмін інформацією в межах своїх професійних обов'язків, заспокоєння пацієнтів, переконання в необхідності досліджень чи виконання лікарських призначень, навчання елементам само- та взаємодогляду) і лише незначний відсоток – на технічне виконання маніпуляцій, що визначається пріоритетністю в наданні медичної допомоги особам, сім'ям і суспільству, координації діяльності іншими суспільними групами. Медична сестра, як і педагог, має навчати, мотивувати, заохочувати до співпраці, спілкування,

вирішення проблем, обговорення результатів лікування пацієнта разом з його родиною [127]. Для встановлення контакту, визначення і вирішення основних проблем людині важливо отримати потрібну інформацію, встановити проблеми та скоординувати необхідні дії. Вміння активно слухати, усвідомлювати значущість усіх суб'єктів комунікації, досконале володіння вербальними та невербальними засобами, реакція на психологічний і семантичний підтексти, інтуїтивне відчуття психологічних комунікативних бар'єрів пацієнта – важлива складова комунікативної компетенції медичного працівника [238].

Реалізація основних функцій спілкування здійснюється медичною сестрою сімейної медицини у ході встановлення контакту з пацієнтами та їх родинами, обміну інформацією та повідомленнями, виявленням і стимулюванням пацієнта до емоційного сприйняття. Зазначене вимагає активності партнера по спілкуванню, координації діяльності, встановлення взаємин на умовах розуміння, акумулювання негативних та стимулювання позитивні емоційних проявів, переживання, здійснення впливу на пацієнта методом переконання та спонукання до прийняття рішень з метою задоволення його потреб та вирішення проблем. Важливим у професійній діяльності медичної сестри сімейної медицини вважаємо активне слухання (за І. Атватером), яке включає такі складові: стійкість уваги або мінімізованого відволікання, спрямованості уваги, візуального контакту, позитивної мови поз та жестів; нерефлексивне слухання, яке визначається як уміння мовчати, не втручатись у розмови із своїми зауваженнями; рефлексорне слухання (уточнення, перефразування, вираження почуттів, резюмування); основні налаштування (схвалення, само схвалення, емпатії); мова невербального спілкування (міміка, погляд і візуальні контакти (зміна висоти голосу, інтонації, поз і жестів), мова особистісного простору); пам'ять, зокрема зосередження, короткочасна пам'ять, довготривала пам'ять [251]. Послугування таким видом слухання вимагає від медичної сестри в галузі сімейної медицини самотійного збагачення знань упродовж всієї професійної діяльності, що забезпечить її професійне та творче зростання [49].

Таким чином, професійна компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини це не тільки техніка виконання будь-якої діяльності, а й побудова взаємин, вивчення об'єкта діяльності, окреслення мети, мотивації, змісту, пошук шляхів до досягнення бажаного результату. Професійно-педагогічна компетентність, на нашу думку, поряд з фаховою, складають професійну компетентності. Професійно-

педагогічна компетентність ґрунтується на знаннях з педагогіки, психології, що не уможливорює вивчення об'єкта діяльності і вплив на нього, розуміння сутності таких процесів, як виховання, навчання, розвиток людини тощо.

Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини розглядаємо як володіння знаннями, уміннями і навичками доступно передати свої знання населенню, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини щодо елементів само- і взаємодогляду, рівень їх домагань, складати план навчання та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, навчати пацієнта теоретично та відпрацювати практично всі елементи догляду, які допоможуть передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечать комфортний стан у зв'язку із здоров'ям та хворобою, оволодіння комунікативною взаємодією для санітарно-освітньої роботи серед населення тощо.

Професійно-педагогічна компетентність поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, етичну, комунікативну складові освіченості, володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності тощо, які в сукупності складають професійну культуру діяльності.

Висновки до розділу 1

У розділі на основі проведеного порівняльного аналізу розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини в світовій практиці та в Україні вивчено нормативні документи, які регламентують поетапний план переходу країни до організації первинної медико-санітарної допомоги на визначених засадах. З'ясовано, що з розвитком медсестринства змінюється роль медсестри, розширюється коло її повноважень; діяльність передбачає автономність в оцінці стану здоров'я пацієнта та прийнятті самостійних рішень при виконанні професійних обов'язків. Виявлено недостатність кадрів молодшого медичного персоналу з медичною освітою для роботи в сімейній медицині закладів охорони здоров'я України.

Проаналізовано та зіставлено основні теорії та моделі медсестринства: теорія збереження (М. Левайн), модель самодопомоги (Д. Орем), поведінкова модель (Д. Джонсон), адаптаційна модель (К. Рой), теорія турботи (Д. Ватсон), профілактична модель (Б. Ньюмен), удосконалена модель здоров'я (М. Аллен) та ін. Доведено, що найпоширенішою є модель Вірджинії Хендерсон, взята ВООЗ за основу медсестринської підготовки.

У результаті здійсненого аналізу базових понять дослідження, зокрема, „компетенція“, „компетентність“, „професійна компетентність“, „професійно-педагогічна компетентність медичних сестер“ визначено сутність та структуру поняття „професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини“, що є складовою їх професійної компетентності.

Професійна компетентність майбутніх медичних сестер сімейної медицини тлумачиться як інтегративно-змістова, комплексно-структурована характеристика, яка поєднує сукупність знань, умінь, навичок, цінностей, переконань, настанов та особистісних характеристик фахівця, керуючись якими він визначає цілі професійної діяльності і здатний виконувати обов'язки відповідно до освітньої кваліфікаційної характеристики. Професійна компетентність охоплює як фахову, так і професійно-педагогічну складові. Фахова компетентність медичних сестер передбачає спроможність виконувати специфічні професійні завдання обстеження, діагностики, маніпуляційної техніки, призначень лікаря, спостереження і догляд за хворими, що забезпечує результативність медсестринського процесу.

Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер у галузі сімейної медицини розглядається як володіння знаннями, уміннями і навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення, визначати потребу й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань та складання плану інформування щодо елементів само- і взаємодогляду, та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, забезпечити теоретичну підготовку та практичне впровадження елементів догляду. Це допоможе передбачати, запобігати, уникати потенційних проблем пацієнта та забезпечить його відносно комфортний стан, попередить ускладнення, викликані захворюваннями. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини є компонентами їх професійної компетентності і поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, морально-етичну, етико-деонтологічну, комунікативну складові, що передбачає володіння суміжними знаннями та вміннями, високий рівень професійно-педагогічної мобільності.

РОЗДІЛ II

МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

2.1. Науковий аналіз процесу підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти

Згідно Закону про охорону здоров'я медичні працівники зобов'язані сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу громадянам, а також у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. Йдеться також про поширення наукових та медичних знань серед населення, пропагування, в тому числі, власним прикладом, здорового способу життя, дотримування вимог професійної етики і деонтології, збереження лікарської таємниці. Зазначене вимагає постійного підвищення рівня професійних знань та майстерності, що забезпечує ефективність консультативної допомоги колегам та іншим працівникам охорони здоров'я [72]. Отже, медичні сестри мають набути відповідної кваліфікації в процесі фахової професійної та неперервної медичної освіти.

Варто зазначити, що відповідно до вимог Болонської декларації формується нова філософія освітньої діяльності та організації навчального процесу, що визначає новий тип відносин викладача і студента, які базуються на новітніх технологіях засвоєння знань та впровадження їх у практичну діяльність майбутнього спеціаліста медсестринської галузі. Реалізація цих завдань покладається на вищі медичні навчальні заклади, діяльність яких регламентується законодавчими та нормативними актами.

Надання висококваліфікованих медичних послуг в умовах підвищення стандартів якості життя та інтеграції в Європейський освітній та науковий простір потребує кардинальних змін та нових підходів до підготовки медичних сестер загальної практики сімейної медицини на засадах високого професіоналізму, різнопланової компетентності, застосування на практиці знань, умінь і навичок з метою ефективного виконання медсестринських функцій та завдань. Формувати різносторонні компетенції та прищеплювати їх майбутнім спеціалістам медсестринства покликані спеціалізовані навчальні заклади, на базах яких здійснюється фахова підготовка медичних сестер, а також у процесі неперервної медичної освіти [274].

Концепція освітньої діяльності вищих медичних навчальних закладів ґрунтується на концептуальних засадах Національної Доктрини розвитку освіти і науки [143], Закону України „Про освіту“ [70], Закону України „Про вищу освіту“ [69], інших чинних законодавчих актів, які регламентують діяльність вищих навчальних закладів, включаючи організацію навчального процесу на медсестринських відділеннях. Окрім того, галузеві стандарти базуються на Міжнародній стандартній класифікації освіти (ISCED – 97: International Standard Classification of Education/UNESCO Paris), структурі кваліфікацій для Європейського простору вищої освіти (The framework of qualifications for the European Higher Education Area), ключових компетентностях, які розглядаються як необхідні для всіх у суспільстві, заснованому на знаннях (Key Competences for Lifelong learning: A European Reference Framework – IMPLEMENTATION OF „EDUCATION AND TRAINING 2010“, Work program, Working Group B „Key Competences“). Зазначене відображено в Постанові Кабінету Міністрів України від 20.06.2007 р. № 839 „Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста“ [58, 71, 78, 92, 124, 144, 144, 187, 226, 227].

Перелік спеціальностей та кваліфікацій фахової підготовки відповідає Національному класифікатору України: „Класифікації видів економічної діяльності“ ДК 009:2010, Національному класифікатору України: „Класифікатор професій“ ДК 003:2005, Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників, комплексу нормативних документів для розроблення складових системи стандартів вищої освіти, із внесеними змінами в додатку 1 до наказу Міносвіти України від 31.07.1998 р. № 285 що введені розпорядженням Міністерства освіти і науки України від 05.03.2001 р. № 28-р., змістовій частині галузевих стандартів вищої освіти підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційних рівнів молодшого спеціаліста та бакалавра щодо гуманітарної, соціально-економічної та екологічної освіти з безпеки життєдіяльності людини й охорони праці, що роз'яснюється в інструктивному листі МОН України від 19.06.2002 р. № 1/9-307.

На основі державних галузевих стандартів вищої освіти України фахівець має бути здатним виконувати зазначену професійну роботу: медична сестра може займати первинні посади за Національним класифікатором України („Класифікатор професій“ ДК 003:2005: 3231 сестра медична). Галузевий стандарт вищої освіти України є

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

обов'язковим для вищих навчальних закладів, що готують фахівців цього профілю. Цим стандартом передбачено: види типових завдань діяльності (професійна, соціально-виробнича, соціально-побутова); класи завдань діяльності (стереотипна, діагностична, евристична); види умінь (предметно-практичне, предметно-розумове, знаково-практичне, знаково-розумове); рівні сформованості умінь (здатність виконувати дію, спираючись на матеріальні носії інформації щодо неї, здатність виконувати дію, спираючись на постійний розумовий контроль без допомоги матеріальних носіїв інформації, здатність виконувати дію автоматично, на рівні навички); компетенції (соціально-особисті, загальнонаукові, інструментальні, загальнопрофесійні, спеціалізовано-професійні).

Загальні вимоги до властивостей і якостей випускників вищого медичного навчального закладу як соціальних особистостей забезпечуються володінням компетенціями щодо вирішення певних проблем і завдань соціальної діяльності, інструментальних і загальнонаукових завдань та системи відповідних умінь.

Професійне призначення і умови професійної діяльності випускників вищих навчальних закладів зі спеціальності 5.12010102 „Сестринська справа“, галузі знань 1201 „Медицина“, освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста визначаються у вигляді переліку первинних посад, виробничих функцій та типових завдань діяльності відповідно галузевого стандарту [42]. Освітні та кваліфікаційні вимоги до випускників вищих навчальних закладів визначаються переліком здатностей та вмінь вирішувати завдання діяльності, що характеризує вимоги до атестації якості освіти та професійної підготовки випускників вищих навчальних закладів, визначає рівень відповідальності за якість освітньої та професійної підготовки [42].

Специфіка навчання у вищих навчальних медичних закладах полягає в тому, що в них здобувають вищу освіту на основі базової та повної загальної середньої освіти. Навчальні плани підготовки молодших медичних спеціалістів відрізняються тим, що студенти з повною загальною освітою отримують професійну підготовку впродовж трьох років, тоді як студенти, що мають базову загальну освіту, паралельно з професійною підготовкою, здобувають повну загальну середню освіту, що продовжує їх навчання ще на рік. Тривалість навчання визначається навчальним планом, освітньо-навчальними програмами, робочими навчальними планами викладачів. Кількість

освітньо-навчальних програм у вищому медичному навчальному закладі має відповідати кількості навчальних дисциплін. Зміст навчальних планів спрямовується на всебічний розвиток студентів, забезпечення потреби суспільства у вихованні та підготовці спеціалістів медсестринської галузі [189].

Нами проаналізовано навчальні плани дисципліни „Медсестринство в сімейній медицині“ для студентів ВМНЗ I-III рівня акредитації напряму 1201 „Медицина“ спеціальності 6.120101 „Сестринська справа“ кваліфікації „Медична сестра“, „Медична сестра-бакалавр“ та „Сімейна медицина“ для студентів напряму 1101 спеціальності 8.110102 „Сестринська справа“ кваліфікації 2230.1 „Науковий співробітник (сестринська справа, акушерство)“ (додаток Є). Охарактеризуємо їх більш детально.

Навчальними планами підготовки медичних сестер, що отримали повну загальну середню освіту, передбачено *цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки*, що включає дисципліни: основи філософських знань, культурологію, фізичне виховання, українську та іноземну мови за професійним спрямуванням, основи правознавства, історію України, соціологію, основи економічної теорії. *Цикл природничо-наукової підготовки* складають дисципліни: основи латинської мови з медичною термінологією, основи психології та міжособового спілкування, основи медичної інформатики, анатомія людини, фізіологія, патоморфологія і патофізіологія, фармакологія та медична рецептура, медична хімія, мікробіологія, основи екології та профілактична медицина, безпека життєдіяльності, медична біологія, основи медичної фізики та медична апаратура, ріст і розвиток людини [291].

Варто зазначити, що цикли гуманітарної, соціально-економічної та природничо-наукової підготовки є забезпечуючими для наступного *етапу професійної та практичної підготовки*, що включає вивчення репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, історії медицини та медсестринства, основ медсестринства, медсестринства у внутрішній медицині, медсестринства в хірургії, педіатрії, акушерстві, гінекології, інфектології, офтальмології, оториноларингології, онкології, дерматології та венерології, сімейній медицині, геронтології, геріатрії та паліативній медицині, неврології, психіатрії та наркології, громадського здоров'я і громадського медсестринства, медсестринської етики і деонтології, медичної та соціальної реабілітації, анестезіології та реаніматології, військово-медичної підготовки та медицини

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

надзвичайних ситуацій, основ охорони праці та охорони праці в галузі. Підготовка медичних сестер, включає також перелік нових дисциплін в медсестринській освіті: теорія розвитку медицини і медсестринства, обстеження та визначення стану здоров'я пацієнта, медсестринство в сімейній медицині, медсестринська теорія, медсестринський процес, клінічне медсестринство, міжособове спілкування, менеджмент та лідерство в медсестринстві [189]. Зазначене свідчить не тільки про оновлення змісту професійної підготовки медичної сестри, а й сучасні вимоги до нового покоління, здатних вирішувати реальні і потенційні проблеми пацієнта та задовольняти його потреби [189].

Загальна кількість годин, передбачена названими циклами складає 3348 годин. Окрім того, навчальним планом передбачено 2830 годин навчальної практики, яка включає в себе виробничу та переддипломну. Для випускників базової загальної середньої освіти, що вступили на навчання, навчальним планом підготовки молодшого спеціаліста передбачено, окрім вивчення попередньо викладених дисциплін, дисципліни загальноосвітньої підготовки з відповідно подовженим терміном навчання загальною тривалістю чотири роки. Формування професійно-педагогічної компетентності в умовах вищого медичного навчального закладу передбачає впровадження новітніх технологій викладу матеріалу, засвоєння знань, активізацію пізнавальної діяльності студентів. Високий теоретичний рівень знань, бездоганне опанування та володіння уміннями, навичками і доведення їх виконання до автоматизму в поєднанні з відповідністю медичної сестри психограмі та професіограмі і характеризує її професійно-педагогічну компетентність [39, с. 83-85]. З метою формування вищими медичними навчальними закладами розробляється та створюється навчально-методичне забезпечення підготовки фахівців зі спеціальності і в, першу чергу, комплекси методичного забезпечення всіх циклів, дидактичні матеріали, мультимедійні програми, електронні підручники, оснащення та обладнання кабінетів доклінічної та клінічної практики. Йдеться про підвищення рівня підготовки шляхом удосконалення матеріально-технічної бази, методичного і кадрового забезпечення навчально-виховного процесу, удосконалення форм і методів навчальної роботи.

Відповідно до „Положення про організацію навчального процесу у ВНЗ“, затвердженого Міністерством освіти і науки України, навчальний процес здійснюється у таких формах: навчальні заняття, практична підготовка, самостійна робота студентів, науково-дослідницька робота

[139]. Невід'ємною складовою професійної підготовки майбутніх спеціалістів є виробнича практика студентів. „Положенням про проведення практики студентів вищих навчальних закладів“ (наказ МОН України № 93 від 8.04.1993 р.), наказом №690 від 7.12.2005 р. МОЗ України медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів I-III рівнів акредитації, регламентується організація та проведення навчальних, виробничих та переддипломних практик, відповідно до навчальних планів та інструкцій [141] (додаток Й, К).

Першими кроками в напрямі євроінтеграції у медичній освіті стало запровадження нового навчального плану підготовки медичних сестер на основі кредитно-модульної системи, що передбачає зменшення педагогічного навантаження на викладачів та студентів, запровадження рейтингового принципу оцінювання знань студентів. Велика роль при реалізації кредитно-модульної системи надається самостійній роботі студента. Досвід зарубіжних вищих навчальних закладів засвідчує, що студенти європейських ВНЗ мають виконувати складні індивідуальні завдання в ході самостійного опрацювання навчального матеріалу (підготовка рефератів, доповідей, есе, виконання робіт з розрахунками, опрацювання публікацій з тих чи інших проблемних питань тощо, які підлягають перевірці і захисту під час індивідуально-консультативної роботи викладача зі студентом. В Україні теж переглядається практика організації самостійної роботи у навчальних закладах у напрямі наповнення реальним змістом індивідуальної роботи викладача зі студентом.

Трансформація підходів, змісту підготовки медичних сестер спонукає науковців, викладачів, навчальні частини закладів медсестринської освіти до пошуку нових форм доступного викладу та засвоєння теоретичного матеріалу та використання його для формування професійних умінь і навичок в процесі практичної підготовки. Реалізація сучасних наукових підходів до розвитку медсестринства, як окремої науки, вимагає узагальнення надбань науковців, а також послугування суб'єктивним досвідом, що відображається в теоретичних та методичних наукових джерелах. Так, лише за останні п'ять років значно поповнився бібліотечний фонд сучасною медсестринською літературою, якою послуговуються медичні сестри як в процесі фахової, так і неперервної медичної освіти.

Варто зазначити, що знання гуманітарних та соціально-економічних дисциплін необхідні майбутній медсестрі для усвідомлення соціально-економічних факторів, які впливають на

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

здоров'я, залучення професійних кадрів, підвищення якості соціальної та медичної допомоги у сфері профілактики захворювань, визначення функціональних обов'язків в короткострокових та довготермінових перспективах [44]. Саме соціальні потреби в кваліфікованій медичній допомозі та доступі до охорони здоров'я вимагають змін у медичній освіті [106]. Їх відображає певна система умінь, засвоєних та вироблених на основі знань з гуманітарних та соціально-економічних дисциплін. Використовуючи засвоєні знання з історії медицини та медсестринства, фахівці можуть аналізувати історичні події, співставляти розвиток та давати йому ґрунтовну оцінку.

Зазначимо, що базові знання з основ права та законодавства в охороні здоров'я забезпечують можливість обирати правомірну поведінку у практичній діяльності з метою попередження вчинків, що можуть призвести до громадянської, адміністративної чи кримінальної відповідальності [42]. Спираючись на отримані знання, медсестра має вміти відстоювати свою життєву позицію та громадські права, орієнтуватися у практичних правових ситуаціях та міжнародному політичному житті, формувати і чітко розуміти свої громадянські права, свободи і обов'язки, відстоювати принципи громадянського суспільства і правової держави; мати уявлення про місце і статус України в сучасному світі.

Базові знання основ психології та міжособового спілкування та вміння їх використовувати в професійній і соціальній діяльності забезпечать ставлення медичної сестри як особистості, здатної толерантно спілкуватися з пацієнтом та членами його родини, медичним персоналом, забезпечувати позитивний психологічний мікроклімат.

Знання в галузі інформатики й сучасних інформаційних технологій, навички використання програмних засобів та вміння створювати бази даних набуваються в процесі фахової підготовки медичної сестри й забезпечують аналіз можливостей інформаційних систем, сучасних інформативних технологій, використання комп'ютерних програм в процесі професійної діяльності [42]. Робота в комп'ютерних мережах, використання Інтернет-ресурсів, допоможе вдосконалити навички збирання інформації, формувати вміння підвищувати свій інтелектуальний та професійний рівень шляхом накопичення обсягів можливих комунікативних зв'язків з різних аспектів професійної діяльності.

Базові знання фундаментальних наук, в обсязі, необхідному для вивчення загальнопрофесійних дисциплін, слугують підґрунтям засвоєння змістових модулів професійних дисциплін, володіти значущою для майбутнього медичного працівника сукупністю умінь і навичок.

Знання державної мови, норм ділового спілкування сприятимуть реалізації комунікативної та просвітницької функції медичної сестри сімейної медицини, яка має володіти високим рівнем мовленнєвої компетентності.

Таким чином, знання, вміння та навички, засвоєні в межах дисципліни циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін, циклу професійної та практичної підготовки, сприяють формуванню відповідності кваліфікаційній характеристиці медичної сестри. Велике значення для корекції власної поведінки та діяльності медичної сестри за вимогами психограми, мають знання з основ психології та міжособового спілкування (додаток Ж), а також таких дисциплін, як медсестринська етика та деонтологія.

Варто зазначити, що ефективність діяльності сімейної медсестри значною мірою залежить від її ґрунтовної професійної підготовки, що передбачає спеціалізацію з сімейної медицини, а також високий рівень базових знань. На нашу думку, сфера сімейної медицини повинна обслуговуватися спеціалістами, здатними усвідомлювати специфіку роботи, цілеспрямованими, зацікавленими до реалізації себе як особистості та спеціаліста в цій галузі медицини. Вважаємо, що діяльність сімейної медсестри є вагомою як для окремої людини, її родини, так і для громади, населення загалом. З розширенням функціональних обов'язків, їх обсягу, значно підвищується і рівень відповідальності сімейної медсестри за стан здоров'я населення та виникає потреба постійного вдосконалення професійної майстерності [224].

Зазначене певною мірою відображається в системі професійної підготовки. Так, структурований план навчальної дисципліни „Медсестринство в сімейній медицині“ для студентів ВМНЗ I-III рівня акредитації напряму 1201 „Медицина“ спеціальності 6.120101 „Сестринська справа“ кваліфікації „Медична сестра-бакалавр“ складається з 108 год., із яких, 12 год. лекцій, 52 год. практичних занять, 44 год. самостійної роботи студентів і має 2 національних кредити і 3 кредити ECTS.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Структурований план навчальної дисципліни „Сімейна медицина“ для студентів напряму 1101 спеціальності 8.110102 „Сестринська справа“ кваліфікації 2230.1 „Науковий співробітник (сестринська справа, акушерство)“ складається з одного 6 модулів у кількості 324 год., з яких, 30 год. лекцій, 186 год. практичних занять, 108 год. самостійної роботи студентів і має 6 національних кредитів і 9 кредитів ECTS. У програмах викладені основні принципи сімейної медицини, засади організації діяльності сімейного лікаря і сімейної медичної сестри. Важливого значення надається таким його розділам, як етіологія, клініка, діагностика і принципи лікування нозологічних форм, які найчастіше зустрічаються в практиці сімейного лікаря, а також покази для консультацій спеціалістів при цих захворюваннях та госпіталізації. Особливості медсестринського процесу щодо дітей і підлітків передбачають ознайомлення з календарем профілактичних щеплень, протипоказання до щеплень у дорослих і дітей, ускладнення щеплень, основи дієтотерапії та дитячої дієтології, специфікою медсестринської діяльності щодо хронічних та вмираючих хворих, основи електрокардіографії тощо. Передбачається, що після закінчення курсу дисципліни студент повинен вміти реалізувати медсестринський процес до кожного члена родини (спланувати догляд за пацієнтом при конкретному захворюванні, організувати планові щеплення, надавати невідкладну допомогу при різних невідкладних станах, проводити загальнолікарське обстеження хворих, включаючи огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, вимірювати артеріальний тиск на руках і ногах; дати клінічну оцінку загальному аналізу крові, біохімічним показникам крові, загальному аналізу сечі, підготувати хворих до лабораторних, інструментальних і апаратних методів дослідження, організувати домашній стаціонар, застосувати найпростіші фізіотерапевтичні методи в домашніх умовах; застосувати ЕКГ, проводити профілактику захворювань на дільниці, організувати і проводити догляд за хронічними і вмираючими хворими, ВІЛ-інфікованими, проводити знеболюючу та симптоматичну терапію вмираючим хворим тощо) [191, 192].

Таким чином, функції медичної сестри загальної практики – сімейної медицини мають свою специфіку і дещо відмінні від роботи медичної сестри стаціонару, з огляду на більш відповідальний та самостійний характер, переважання незалежних медсестринських втручань. Ґрунтуючи власну професійну діяльність на основних принципах та засадах сімейної медицини, володіючи основами методик

оцінювання здорової, нездорової сім'ї або сім'ї з медичними ризиками, сімейна медична сестра має своєчасно повідомляти лікаря про взаємини в родині, ставлення до здоров'я та життя, умови праці та проживання, тимчасові зміни у родині та проблеми, пов'язані з вагітністю, народженням, безробіттям, виходом на пенсію, старінням, самотністю тощо. Важливо враховувати різносторонні аспекти життя сім'ї (соціальні, економічні, релігійні, культурні, поведінкові та ін.), що вимагає володіння знаннями основ організації охорони здоров'я, медичної психології, етики і деонтології, медичної педагогіки, медичної інформатики, загальної гігієни, фахових знань клінічного медсестринства та маніпуляційної техніки в необхідному обсязі, питання диспансеризації, санітарно-освітньої та профілактичної роботи [119].

Медична сестра сімейної медицини виконує фасилітативну функцію, тобто допомагає пацієнту та його родині долати всі труднощі та перешкоди на шляху до одужання, залучаючи до цього процесу всю родину, формуючи їх ставлення до власного здоров'я. Зазначене реалізується шляхом невідкладної допомоги, організації відповідно до потреб догляду за пацієнтом, прогнозування можливих потенційних проблем та своєчасного їх попередження, проведення санітарно-просвітницької роботи, допомоги сімейному лікарю під час амбулаторного прийому та асистування при лікарських втручаннях, оформлення належним чином документації, ведення обліку, пропагування здорового способу життя серед населення. Робота на дільниці з різновіковими категоріями вимагає високого рівня професійно-педагогічної підготовки, відповідних комунікативних здібностей, спрямовування діяльності на зниження захворюваності, що передбачає впровадження профілактичних заходів. Зазначимо, що усвідомлення суспільством, що здоров'я – є найбільшим надбанням людини, породжує очікування на отримання якісної медичної допомоги. Відтак, завдання, які ставить перед собою вища медсестринська школа, мають бути реалістичними, конкретними, близькими до потреб населення, спрямованими на збереження і відновлення здоров'я та подовження тривалості життя кожного члена суспільства.

Зазначене окреслює полі функціональне поле діяльності медичної сестри загальної практики сімейної медицини, яка згідно функціональних обов'язків і кваліфікаційної характеристики має надавати допомогу різновіковим категоріям населення, що вимагає

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

грунтовних знань, практичних умінь і навичок по догляду за дорослими, дітьми та людьми похилого і старечого віку. Саме ця категорія є самими незахищеними соціальним прошарком, яке потребує уваги держави, суспільства, родин, медсестринства. Актуальним у цьому контексті є засвоїти потрібні знання з педіатрії з курсом інфекційних хвороб та імунопрофілактики [5, 174] медсестринства в геронтології та геріатрії [146, 233, 296]. Зазначимо, що найбільш складною, на наш погляд, є проблеми, пов'язані зі старістю, немічністю похилих людей, не здатних забезпечити свої фізіологічні та соціальні потреби, що вимагає опіки, підтримки, догляду, доброго слова, що допомоги у подоланні самотності тощо. Головна роль медичного обслуговування цієї категорії населення покладається на дільничного терапевта та служби загальної практики – сімейної медицини [252, 306, 311, 327]. Зазначене вимагає переорієнтації сучасних систем надання медичної допомоги населенню літнього віку на позалікарняні форми обслуговування [16, 31, 237, 252, 310].

Погоджуємося з думкою, що поліпшити якість надання медичної допомоги літнім людям можна лише за умови підвищення рівня знань і практичних навичок з лікування та реабілітації літніх хворих медичним персоналом первинної ланки охорони здоров'я (медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, працівників ФАПів), шляхом розширення геріатричної післядипломної дисциплінарної підготовки з урахуванням сучасних європейських вимог [252].

Особливості професійної діяльності медичної сестри в системі „людина – людина“, зумовлюють необхідність володіння *гностичними, проектувальними, дидактичними, конструктивними, комунікативними, організаторськими* вміннями.

Так, до прикладу до гностичних умінь медичної сестри сімейної медицини віднесемо здатність зібрати максимальну інформацію, виявити проблеми пацієнта, проаналізувати і встановити їх, узагальнити і поставити медсестринський діагноз, а при необхідності провести його корекцію з метою досягнення бажаного ефекту.

Проектувальні вміння застосовуються на етапі планування медсестринських втручань: спільно з родиною визначити медсестринські втручання для задоволення потреб пацієнта. З цією метою медична сестра має переконати його та сім'ю в доцільності та необхідності виконання призначень лікаря, пояснити суть маніпуляцій та запланованого догляду та отримати згоду на їх проведення.

Важливим у роботі медичної сестри сімейної медицини є

дидактичні вміння, що сприяють забезпеченню постійного піклування про хворого пацієнта як члена родини та забезпечують ефективне вирішення його проблем. Зазначене реалізується у межах просвітницької функції шляхом створення для пацієнта та його родини інформаційного поля про елементи догляду і самодогляду.

Процес підготовки до маніпуляції чи процедури, їх виконання та підведення підсумків здійснюється у тісній співпраці з пацієнтом та його родиною, що вимагає злагодженої співпраці на умовах довіри, впевненості в успіху процесу одужання. Великого значення для медичної сестри сімейної медицини набувають комунікативні вміння, які передбачають використання вербальних та невербальних засобів впливу на пацієнта з огляду на те, що навчання пацієнтів підвищує їх поінформованість, проте на практиці не завжди призводить до реалізації набутих знань [151, 308]. Медична сестра виконує роль посередника, що вимагає оволодіння професійно-педагогічною компетентністю у процесі фахової підготовки та неперервної медичної освіти. Зазначене вимагає постійного вдосконалення особистісних якостей (організованість, зібраність, акуратність, наполегливість, відповідальність, вимогливість до себе, витривалість, стійкість своїх поглядів та переконань, колегіальність), а також вміння контролювати власні емоції та почуття.

У процесі навчання у медичних сестер важливо сформувати позитивну мотивацію в досягненні мети, як рушійну силу діяльності. Усвідомлення студентом установок „я хочу працювати“, „мені це необхідно і не тільки мені“, „я досягну досконалості“, „я можу працювати“, „я можу працювати ще краще“, „моя праця потрібна людям“, „від мене очікують допомоги“, „я зобов'язаний надати допомогу“ сприятиме формуванню необхідних компетентностей.

Вивчення міжнародного досвіду з питань розвитку медсестринства засвідчує, що раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращанню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні здоров'я, профілактиці захворювань [255]. Підписання Україною Болонської угоди покладає на вищі медичні заклади значні завдання щодо впровадженню основних засад Болонського процесу у вищу медичну школу.

Формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри передбачає використання новітніх, перспективних, специфічних форм, методів, засобів навчання та контролю знань у процесі фахової

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

підготовки. Упроваджуючи медсестринський процес, оволодівши основами практичної діяльності, маніпуляційною технікою, знаннями, уміннями і навичками спостереження та догляду за пацієнтами, основами санології, медсестринської педагогіки, майбутня медична сестра зможе вирішувати наявні і потенційні проблеми пацієнта на всіх рівнях надання медико-санітарної допомоги, включаючи заклади загальної практики сімейної медицини. Упровадження кредитно-модульних стандартів враховують сучасні наукові підходи, забезпечує максимальну орієнтацію на формування і контроль знань, умінь та навичок студентів, а застосування їх під час вивчення медсестринства в клінічних дисциплінах, забезпечує ефективну міжпредметну інтеграцію [262].

З огляду на нагальність окресленої проблеми, навіть за умов економічної нестабільності, в країні вже розпочато підготовку медичних сестер, компетентність яких має відповідати міжнародному рівню медсестринської справи.

Завдяки міжнародному співробітництву, в медсестринстві України швидко і перспективно розвиваються позитивні тенденції. Відбувається інтенсивний розвиток вищої медсестринської освіти в контексті інтеграції української вищої школи в єдиний європейський освітній простір. Зазначене, в свою чергу, трансформує і покращує навчальний процес та виявляє великі потенційні можливості українських навчальних закладів медичної освіти, що вимагає перегляду вітчизняних навчальних програм із метою адаптації до світових стандартів.

Розуміння суті, мети, змісту й предмету медсестринства, його основного базису, зв'язок теоретичних основ і практичної його реалізації, пошук нових шляхів і засобів власного вдосконалення, усвідомлення потреби узагальнювати власний досвід, аналізувати і співставляти його з професійними надбаннями інших медичних сестер не тільки України, але і інших країн, сприятиме творчості, постійній різносторонній обізнаності, стимулюватиме до поповнення багажу знань протягом життя тощо. Усвідомлення власної значущості у можливості внесення змін до теоретичної і практичної системи медсестринства в освітньому і професійному сенсі забезпечує діяльність медичних сестер нової прогресивної формації, відповідальних за розвиток обраної на все життя галузі [33].

Варто зазначити, що динамічний розвиток суспільства зумовлює необхідність постійного оновлення базової складової спеціальних

медсестринських знань, що вимагає проведення досліджень (Grippando (1986)) [52, 301]. У межах системного дослідницького процесу медсестринство, як наука, має використовувати теоретичну базу всіх дисциплін, адже дослідження презентують собою системний метод відкриттів, описань, тлумачень, виявлення феноменів, встановлення зв'язків або їхнього впливу один на одного [52, 238, 281, 283, 318, 325]. Початком цього процесу для медичної сестри може стати реалізація міжпредметної (за допомогою забезпечуючих – гуманітарно-економічних та природничо-наукових дисциплін та забезпечуваних – клінічних дисциплін), а також внутрішньопредметної інтеграції, що забезпечує зв'язок вивчення та практичного застосування різних тем одного предмету, розуміння його цілісності тощо.

Перебуваючи в проблемному полі пацієнтів та їх родин, зустрічаючись з не завжди адекватною реакцією на хворобу, яка завжди є стресом, важливим і актуальним є попередження професійного вигорання, збереження здоров'я медичної сестри, що вимагає вміння володіти своїми емоціями, докладати вольових зусиль, у здійсненні та координації її професійної діяльності. Важливим у цьому сенсі є створення спокійного позитивного мікроклімату, що забезпечить успіх у лікуванні хворого пацієнта. Уміння розпочати розмову, всім своїм „я“ засвідчити власне бажання допомогти йому, навчити елементам само- та взаємодогляду як в лікувальному закладі, так і за його межами, потребує від медичної сестри знань психології, міжособистісного спілкування, медсестринської етики та деонтології, медсестринської педагогіки, що сприятиме розвитку її професійно-педагогічної компетентності.

Проаналізувавши організацію процесу підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової професійної освіти ставимо перед собою мету детально дослідити рівень підготовки фахівців визначеного профілю та виявити, як здійснюється формування їх професійно-педагогічної компетентності.

2.2. Змістова структура професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини

Розкриття механізмів формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, вимагає чіткого окреслення її змісту та структури.

Послуговуючись тлумаченням професійної компетентності медичної сестри як здатності спеціаліста оперувати своїми знаннями, вміннями, навичками, спроможності на практиці вміло орієнтуватися в

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

стані здоров'я людини, здійснювати пошук чинників впливу на пацієнта в середовищі, що його оточує, адекватно оцінювати проблеми та своєчасно і кардинально вирішувати і задовольняти потреби пацієнта та його родини, що пов'язані з порушенням стану його здоров'я для адаптації в умовах, що виникли, діяти в умовах змін відповідно до ситуації, зазначимо, що діяльність медичної сестри передбачає не лише здійснення практичної медсестринської маніпуляційної діяльності, а й *навчання* пацієнтів. Тому для нас є важливим дослідження професійної компетентності медичної сестри як наставника, що здійснює просвітницьку роботу серед населення, визначає потреби й рівень знань пацієнта і його родини, рівень їх домагань складає план інформування щодо елементів само- і взаємодогляду. Таким чином, використання всіх механізмів навчальної взаємодії, забезпечення теоретичної підготовки та практичного впровадження елементів догляду повною мірою забезпечує формування професійно-педагогічної компетентності та сприяє успішному впровадженню в практичній медсестринській діяльності

Варто зазначити, що догляд, доглядання, які забезпечують всебічне обслуговування хворого, створення належних гігієнічних умов, що сприяє неускладненому перебігу хвороби, прискоренню одужання, полегшенню страждань та запобіганню ускладненням і своєчасному виявленню їх, а також виконання лікарських призначень, набуватиме ефективності лише за умов сформованої професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри в галузі сімейної медицини розглядаємо як володіння знаннями, уміннями і навичками доступно передати свої знання населенню, визначити потребу й рівень знань пацієнта і його родини стосовно елементів само- і взаємодогляду, рівень їх домагань, скласти план навчання та, використавши всі механізми навчальної взаємодії, навчати пацієнта та його родину теоретично та відпрацювати практично всі елементи догляду, які допоможуть передбачити, запобігти, уникнути потенційних проблем пацієнта та забезпечать комфортний стан в зв'язку із здоров'ям та хворобою, оволодіння комунікативною взаємодією для санітарно-освітньої роботи серед населення тощо. Тобто, професійно-педагогічна компетентність є показником реального рівня оволодіння цими складовими.

Професійно-педагогічна компетентність поєднує в собі інтелектуальну, практичну, психологічну, етичну, комунікативну складові освіченості, володіння суміжними знаннями та вміннями,

високий рівень професійно-педагогічної мобільності тощо, які в сукупності складають професійну культуру діяльності.

При підготовці майбутніх медичних сестер загальної практики сімейної медицини доцільно виокремити, на нашу думку, такі показники, як здатність до активної участі та співпраці; уміння розв'язувати проблеми у різних життєвих ситуаціях; наявність професійної мобільності у динамічних соціальних умовах; стійкість комунікативних вмінь та навичок; системність соціальних та особистісних цінностей; сформованість навичок взаєморозуміння тощо.

На основі здійсненого нами аналізу наукової літератури було виокремлено структуру професійно-педагогічної компетентності, що включає мотиваційно-аксіологічний, когнітивний, операційно-діяльнісний та особистісний компоненти.

Мотиваційно-аксіологічний компонент включає цінності, мотиви, інтереси та потреби. Орієнтиром у поведінці медичної сестри загальної практики сімейної медицини є ствердження пріоритету цінності людського життя, здоров'я через її професійну спрямованість, що націлена на стійку, усвідомлену, гуманну професійну діяльність, яка реалізується за наявності соціально значущих мотивів, прояву професійних інтересів і задоволенням особистісних потреб.

Мотиви – це внутрішні пориви до того чи іншого виду активності, пов'язані із задоволенням певної потреби; суб'єктивна причина (усвідомлена чи неусвідомлена) тієї чи іншої поведінки, дії людини; психічне явище, що безпосередньо спонукає людину до вибору того чи іншого способу дії та його здійснення [256, с. 463]. Система взаємопов'язаних і взаємопідпорядкованих мотивів діяльності особистості, що свідомо визначають лінію її поведінки, складають її мотивацію. Мотиви залежать від характеру етичної свідомості, ціннісної орієнтації, рівня загальної культури, здатності до критичного осмислення ситуації, вольових якостей людини [256, с. 463]. Зовнішні мотиви продиктовані розумінням необхідності надання допомоги хворим, престижністю професії медичної сестри, можливістю отримання винагороди за свою діяльність, комфортними умовами діяльності. У процесі особистісного становлення зовнішні мотиви можуть перейти у внутрішні, коли окрім задоволення від одержаного заохочення подобається сам факт діяльності, його результат за умови визнання пріоритетності пацієнта з його потребами та проблемами, усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Інтерес – це спрямованість людини на певний об'єкт чи діяльність, зумовлена позитивним, зацікавленням ставленням до чогось, когось [244, с. 557; 246]. Прояв інтересу до професії у майбутньої медичної сестри формується зі шкільної парти під впливом вивчення біології, основ здоров'я, анатомії людини, профорієнтаційної роботи школи та вищих медичних навчальних закладів, засобів масової інформації, а також власного досвіду під час своєї чи хвороби когось із близьких чи знайомих, спостереження за діяльністю медичних працівників, в тому числі, когось з родини, через яких дитина отримує інформацію. Навчання у вищому медичному навчальному закладі майбутньої медсестри має спрямуватися на усвідомлення інтересів хворого і суспільства, що передбачає розвиток інтересу до певних предметів, клінічних дисциплін, що в майбутньому визначать сферу професійної діяльності (сімейна медицина, хірургія, акушерство, гінекологія, педіатрія, анестезіологія, внутрішня медицина, офтальмологія тощо).

Потреба – нужда в чомусь, яку об'єктивно і суб'єктивно відчуває людина і яка є джерелом активності, розвитку особистості, суспільства в цілому [256, с. 463]. Інтерес до професії зумовлює потребу власної реалізації, роботи над собою, пізнання чогось нового, вдосконалення знань, умінь і навичок з метою використання в практичній діяльності.

Для здійснення спостереження і догляду за пацієнтом, побудови взаємин, включаючи родину пацієнтів, медичних працівників, забезпечення практичної педагогічної діяльності медична сестра сімейної медицини має оволодіти певними знаннями, що відображають *когнітивний компонент* її професійно-педагогічної компетентності.

Майбутня професійна діяльність медичної сестри сімейної медицини має забезпечуватися здатністю застосовувати базові знання з педагогіки (принципи, форми, методи і засоби навчальної діяльності) для забезпечення педагогічних основ навчання пацієнта і його родини з питань само- та взаємодогляду, механізмів розвитку мотивації до навчання, спроможності сприймати інформацію залежно від зміни стану здоров'я, що сприятиме його самостійності та впевненості, зникненню відчуття безпорадності під час хвороби. Зазначене ґрунтується на глибоких і міцних знаннях з основ здорового способу життя і санології, що забезпечить профілактику захворювань, загальних психологічних знань щодо впливу хвороби на стан пацієнта, індивідуальні особливості зміни його психіки та сприйняття навколишнього середовища в умовах хвороби, особливості взаємин пацієнта і його родини до і під час появи хвороби.

Метою професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини є вивчення особистості пацієнта, його оточення як об'єктів дослідження для виявлення їх ставлення до здоров'я, хвороби, аналізу способу життєдіяльності по подальшому спільному пошуку шляхів до збереження або відновлення втраченого здоров'я. Професійно-педагогічну компетентність медичної сестри сімейної медицини мають забезпечити її знання з педагогіки, теорії і методики виховної роботи, що включають виховання, навчання, освіту, розвиток людини. У взаємозв'язку з медициною педагогіка розробляє систему засобів, що дають змогу досягти терапевтичного ефекту й полегшити процеси соціалізації, компенсувати наявні дефекти [244, с. 19; 246]. Педагогіка співробітництва передбачає спільну діяльність медичної сестри і пацієнта та його оточення з метою забезпечення його особистісного розвитку, де інтереси пацієнта, його родичів і медсестри спрямовані на одужання. Реалізація ідей особистісно орієнтованої педагогіки уможлиблює наближення змісту і методики навчально-виховного процесу до інтересів, нахилів, потреб і життєвих цілей пацієнта. Педагогіка життєтворчості передбачає творчий підхід медичної сестри до організації навчально-пізнавальної діяльності пацієнта та спонукання його до творчості в пошуку шляхів відновлення здоров'я, зміни ставлення до життя, усвідомлення складності та необхідності досягнення позитивного результату. Принципи педагогіки толерантності визначаються терпимістю до думок і вірувань пацієнта, прийняттям його думок і почуттів, схваленням зусиль.

Знання про умови і методи виховання застосовуються у процесі формування у пацієнта і його родини поглядів, переконань у власній відповідальності за своє здоров'я і здоров'я оточуючих, прищеплення навичок само- та взаємодогляду, усвідомлення впливу звичок поведінки на здоров'я людини. Вибір методу виховання залежить від вікових особливостей особистості (дітей варто привчати, а дорослих переконувати), рівня інтелектуального розвитку, індивідуальних особливостей людини.

У процесі навчання здійснюється цілеспрямована взаємодія між сімейною медичною сестрою і пацієнтом, у результаті якої пацієнт набуває знань та формує вміння і навички, що стосуються його здоров'я та здоров'я оточуючих. Забезпечення цього процесу вимагає від медичної сестри сімейної медицини володіння знаннями з психології, що допоможе забезпечити досягнення мети щодо вивчення психіки пацієнта, його ставлення до хвороби, здатності встановити контакт з

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

пацієнтом та його родиною як об'єктів дослідження та діагностування. Важливо також розрізняти особливості темпераменту та характеру особистості, що безпосередньо впливають на індивідуальний стиль спілкування.

Сімейна медична сестра має послуговуватися знаннями про засоби інтерпретації в процесі міжособистісного розуміння (аналітичний, емоційний, перцептивно-асоціативний, соціально-асоціативний), вміти ідентифікувати, застосувати рефлексію та емпатію. Варто зазначити, що необґрунтовані судження в спілкуванні можуть передувати конфлікту. Сімейна медична сестра повинна володіти знаннями про психологічні особливості управління конфліктом, основні типи поведінки при його розв'язанні. Так, проводячи інтерв'ю, вона повинна використовувати знання про типи поведінкових реакцій пацієнтів: агресивність, упевненість чи невпевненість у собі, реакції поведінки пацієнтів у критичних ситуаціях.

Знання медичною сестрою типів пацієнтів забезпечить прогнозування їх поведінку та реакції на появу захворювання, життя в умовах хвороби, сприйняття методів лікування, догляду та профілактики. Знання психології пацієнта, зміни його поведінки залежно від зміни стану здоров'я допоможуть встановити продуктивний контакт та довіру в пошуках шляхів до одужання. Усвідомлення необхідності реалізації нових підходів у вихованні визначає, на нашу думку, ставлення пацієнта до свого здоров'я упродовж життя.

Знання етапів стандартної моделі медсестринського процесу – добре продуманого, системного, обґрунтованого і націленого на досягнення мети плану, який необхідно реалізувати відповідно до потреби хворого, а потім оцінити його, та переваг його впровадження в медсестринській педагогіці сприятиме забезпеченню системного та індивідуального підходу до планування та забезпечення сестринського догляду та його проведення. В ньому мають брати активну участь пацієнт і його сім'я, а за потреби – члени виробничого колективу, громадськість, що забезпечить формування можливості широкого використання стандартів професійної діяльності, ефективне використання часу і ресурсів, спрямованих на задоволення основних потреб і розв'язання проблем пацієнта. Йдеться про певну гарантію якості надання допомоги, професіоналізм медичної сестри, безпеку і надійність медичного обслуговування [88].

Можливість оперативно знаходити рішення в запрограмованих та непередбачуваних педагогічних та клінічних ситуаціях як у навчально-

виховному процесі, так і в практичній діяльності, забезпечує *операційно-діяльнісний компонент* професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини, який включає в себе відповідні професійні вміння.

Досліджуючи особливості професійно-педагогічної діяльності вчителя, Н.В. Кузьміна виділила функціональні компоненти професійної діяльності: *гностичний*, що передбачає знання як свого предмету діяльності, так і способів педагогічної комунікації, психологічних особливостей учнів, самопізнання; *проектувальний*, який включає в себе уяву про перспективи навчання і виховання та способи їх досягнення; *конструктивний* – побудова конструкцій діяльності з урахуванням найближчої мети; *комунікативний* – досягнення дидактичної мети через зв'язок комунікації з ефективною педагогічною діяльністю; *організаторський* – побудований на системі умінь педагога організувати власну діяльність та активізувати учнів [27].

Оскільки предметом нашого дослідження є діяльність медичної сестри як наставника, педагога, послуговуючись ідеями Н. В. Кузьміної, виділяємо як компоненти професійної діяльності медичної сестри загальної практики – сімейної медицини гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські, комунікативні вміння. Охарактеризуємо їх більш детально.

Гностичні вміння, якими повинна володіти медична сестра загальної практики – сімейної медицини передбачають здатність: аналізувати психолого-педагогічні та інші інформативні джерела та застосовувати їх на практиці; вивчати та аналізувати сучасні медсестринські та психолого-педагогічні концепції, теорії і моделі сприйняття людських потреб, орієнтованих на людину, а не на хворобу; формувати провідні цілі процесу навчання та інформування населення у зв'язку із соціальними запитами, практичними та індивідуальними потребами здорових і хворих пацієнтів; аналізувати знання, уміння і навички пацієнта та його родини, які необхідні для само- та взаємодогляду; враховувати індивідуальні особливості зміни психіки пацієнта та сприйняття ним навколишнього середовища в умовах хвороби; враховувати особливості взаємин пацієнта і його родини до і під час появи хвороби; психологічно впливати на пацієнта для покращення його стану; оцінити рівень інтелектуального розвитку пацієнтів до початку навчання і внести корективи в методику подачі інформації; спонукати пацієнтів до інтерпретації (пояснення) своїх вчинків у зв'язку із хворобою та зміни поведінки з метою одужання;

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

аналізувати педагогічні ситуації впродовж навчання пацієнта, шукати шляхи їх розв'язання та об'єктивно оцінювати досягнуті результати; можливість оперативно знаходити рішення в запрограмованих та непередбачуваних педагогічних ситуаціях у навчально-виховному процесі.

Проектувальні вміння забезпечать можливість: проектувати форми та методи медсестринського дослідження пацієнта і визначення стану його здоров'я; встановлювати проблеми пацієнта та формулювати медсестринські діагнози; складати разом із пацієнтом і членами його родини план медсестринських втручань; проектувати власну діяльність за встановленою короткотерміною та довготерміною метою; переглядати план медсестринських втручань, установлених під час етапу планування з метою досягнення очікуваного результату; передбачати можливі труднощі, пов'язані з конкретними сестринськими діями з метою своєчасного попередження; визначати і забезпечувати необхідними інформаційними ресурсами; встановити мету, мотиваційні пріоритети навчання пацієнта для максимального забезпечення його освітніх потреб; моделювати зміст інформації з індивідуального навчання та способи її подання пацієнтам або членам його родини (розповідь, бесіда, диспут, лекція, приклад, мультимедійна презентація, демонстрація відеороликів, випуск санбюлетнів і брошур); моделювати методи виховання пацієнта, спрямовані на оволодіння знаннями, уміннями, навичками: методи привчання (практичні методи – тренування, доручення, гра, праця); моделювання додаткових методів, спрямованих на виховання дисциплінованості пацієнта для формування його поведінки в умовах хвороби з метою створення повноцінної життєдіяльності (методи заохочення, покарання як виховний стрижень усвідомлення залежності стану здоров'я від особистого ставлення до себе).

Конструктивні вміння медичної сестри сімейної медицини допоможуть: встановити всі наявні або потенційні відхилення від комфортного гармонійного стану контингенту населення сімейної дільниці; реалізувати поставлені цілі, завдання, план для впровадження етапів медсестринського процесу; визначити форми, методи та прийоми педагогічного впливу, взаємодії залежно від індивідуальних особливостей пацієнта; стимулювати його на самовдосконалення; передавати пацієнтам ініціативу у доборі змісту, форм, методів навчання та виховання; навчити пацієнтів визначати пріоритети життєдіяльності для відновлення здоров'я.

Окрім того, конструктивні вміння забезпечать об'єктивну оцінку сімейною медичною сестрою ефективності виконаного нею медсестринського процесу і сприятимуть конструктивному та професійному внесенню коректив у план навчання пацієнта та його родини.

Організаторські вміння сімейної медичної сестри, які вона застосовує в практичній діяльності, сприятимуть: оволодінню пацієнтом і його родиною навичками само- та взаємодогляду; організації умов для самоосвіти пацієнтів і їх родин сімейної дільниці на основі плану навчання елементам само- та взаємодогляду; створенню умов для самоосвіти населення сімейної дільниці щодо питань обізнаності з елементами здорового способу життя; використанню обладнання, необхідного для певних видів навчальної діяльності; залученню родини пацієнта до активної участі в одужанні члена її сім'ї. Застосування конструктивних умінь у професійній діяльності медичної сестри спрямоване на допомогу пацієнтам в організації своєї життєдіяльності у напрямі збереження здоров'я, а у випадку хвороби, швидкого одужання; формування у здорового населення та хворих пацієнтів корисних звичок, здорової поведінки, активності та відповідальності за власне здоров'я. Просвітницька діяльність серед населення сімейної дільниці забезпечується в процесі організації рухової активності, загартовування, раціонального харчування, психічної саморегуляції, побудови міцних сімейних стосунків, активного довголіття як основи формування здорового способу життя і профілактики захворювань.

Комунікативні вміння у професійній діяльності медичної сестри сімейної медицини забезпечують встановлення доцільних стосунків із здоровим контингентом населення, пацієнтами та членами їх родини, що передбачає здатність: визначати за допомогою комунікації, найбільш нагальні проблеми пацієнта і скоригувати психоемоційні відхилення; спрямовувати та контролювати власні емоції, почуття та поведінку під час побудови стосунків та спілкування із пацієнтами та членами його родини; стимулювати пацієнтів до власного вдосконалення самодогляду як компонента незалежності та необхідної умови в задоволенні вітальних потреб; навчати пацієнтів самостійно формулювати проблеми і шукати шляхи їх вирішення, узгоджуючи з сімейною медичною сестрою; допомагати родичам пацієнтів усвідомити значущість їх фізичної, психологічної та комунікативної підтримки у пошуку шляхів до одужання члена їх сім'ї.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Міжособистісне спілкування та взаємини в медичному колективі мають відповідати професійним функціям, які будуть реалізовуватись через різновиди мовлення, форми, види і засоби спілкування, зворотний зв'язок при комунікації. Мова медичної сестри повинна бути милозвучною, з правильною артикуляцією звуків і звукосполучень, наголосами в словах, чіткою, розбірливою, зрозумілою. Варто уникати порушень норм літературного мовлення, ненормативної лексики. Темп усної мови медсестра має регулювати індивідуально, залежно від сприйняття її пацієнтом.

Зазначимо, що сімейна медична сестра має використовувати форми і методи, які сприяють розвитку комунікації як основи побудови міжособистісних взаємовідносин, що ґрунтується на відчуттях присутності, вмінні слухати і сприймати, проявляти турботу, розкриватися самому, співпереживати, бути щирим, поважати іншу людину, „слухати“ та „чути“, ефективно володіти механізмами слухання та говоріння, дотримуватися правил культури висловлювання та самовираження.

Комунікабельність сімейної медичної сестри як її особистісна якість є результатом розвитку комунікативних здібностей та досвіду професійної діяльності, що виявляється у вмінні правильно говорити про хворобу, коректно викладати факти щодо стану хворого, першою розпочати розмову, спілкуватися з хворими та відповідно поводитися біля ліжка стражденної людини, здатності легко підтримати бесіду на будь-яку тему, швидко підбирати необхідні слова, володінні великим словниковим запасом при виконанні медсестринських обов'язків.

Важливим у професійній діяльності медичної сестри сімейної медицини є дотримання етики поведінки учасників акту спілкування, де фахівець, володіючи навичками спілкування, має першим привітатися, звернутися до незнайомої людини, привернути до себе увагу, запросити до розмови, вислухати, дати пораду, запропонувати співпрацю, розрадити, посипівчувати, зняти сумнів через власний погляд, побоювання, страх, висловлений пацієнтом, схвалити його прагнення до обстеження та лікування. На закінчення розмови медична сестра має з'ясувати, чи задоволений пацієнт, вислухати його зауваження, зняти його сумніви, домовитися про наступну зустріч, залишити свої контактні телефони та узгодити час прийому лікаря, побажати пацієнту швидкого одужання, завіривши його у співпраці та допомозі.

Важливо прагнути побудови дружніх відносин у міжособистісних стосунках між медсестрою, пацієнтом, його родичами, іншими

медичними працівниками, що забезпечить ефективну взаємодію під час спілкування, задоволення потреб у комунікації всіх учасників лікувального процесу та оптимізації його.

Особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини ґрунтується на розвитку та становленні медичної сестри як особистості з урахуванням складових структури особистості.

Медичній сестрі, як особистості, притаманні певний темперамент, характер, здібності, спрямованість, емоції, почуття, воля, пізнавальні процеси пам'яті, мислення, уваги, уяви, відчуття і сприймання.

Хоча темперамент є результатом процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, однак він теж впливає на формування здатності до діяльності в медсестринстві. Медичній сестрі з холеричним темпераментом складно вибудовувати взаємини, які не завжди будуть конструктивними через її нестриманість, авторитаризм. Специфіка діяльності в системі медсестринства вимагає організованості, витривалості, сили духу, чого не вистачає у поведінці меланхоліків. Вважаємо, що меланхолічний тип темпераменту недоречний в медсестринстві. Негативні наслідки має байдужість, сумніви при прийнятті рішення, повільність флегматика, а наявність у медичної сестри сангвінічного темпераменту як найкраще відповідає діяльності в медсестринстві.

Сімейна медична сестра має розвивати та виховувати в собі такі риси характеру, як дисциплінованість, старанність, працьовитість, відповідальне ставлення до функціональних обов'язків, що забезпечить високу організацію праці. Охайність, бездоганний зовнішній вигляд, чесність і правдивість перед собою та колегами викликатимуть довіру пацієнтів та їх родин. Ввічливість, чемність, чуйність, бажання прийти на допомогу сприятиме довірливим стосункам з пацієнтами, а товариськість, взаєморозуміння забезпечать колегіальність взаємовідносин.

Сімейна медична сестра повинна враховувати ставлення до своєї поведінки – як хворих, так і колег. Самовладання, здатність до моральної орієнтації, виконання з точністю і обережністю медсестринських втручань, здатність до самоконтролю дій, спостережливість допоможуть у складних прогнозованих та непередбачуваних клінічних ситуаціях, забезпечать їх ефективне вирішення.

Розумові дії, операції, форми та методи мислення мають відповідати професіограмі медичної сестри, що допоможе в процесі

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

розуміння практичної ситуації, розв'язування поставлених завдань в клінічних ситуаціях. Зазначене вимагає від медичної сестри творчого та логічного мислення, вміння проводити аналогії, що сприяє об'єктивній оцінці стану пацієнта під час спостереження і догляду за ним. У ході надання хворому нової інформації медична сестра повинна гармонійно поєднувати абстрактне й образне мислення, надавати необхідну для суджень інформацію так, щоб хворий міг зрозуміти її і зробив правильний висновок самостійно. Сімейна медична сестра має розвивати правильне оригінальне мислення при передачі інформації, що спонукатиме пацієнта до творчості з метою пошуків шляхів одужання, критичної і адекватної оцінки свого стану, а також відволікатиме хворого від неприємних настирливих думок та вселятиме віру в одужання. Окрім того, медична сестра повинна тренувати і розвивати опосередковану, механічну, смислову, оперативну, асоціативну, слухову, зорову пам'ять, значення якої є беззаперечним у процесі професійної діяльності, пов'язаної з життям людини.

Процес уяви та уявлення сімейної медсестри сприяє близькому до дійсності прогнозуванню стану здоров'я пацієнта. Створення образів, розвиток уяви і уявлення допоможуть сімейній медсестрі усвідомлювати зв'язки з об'єктивною дійсністю, спрогнозувати перебіг хвороби та стану пацієнта, що допоможе передбачити потенційні проблеми та запобігти їх появі.

Розвиток і виховання уваги, уважності як властивості особистості, вміння концентрувати увагу, переключати та правильно розподіляти її, формувати її стійкість, має стати ключовим пізнавальним процесом у догляді за хворими. Практична діяльність сімейної медсестри неможлива без систематичного тренування спостережливості й уваги, адже більшість хворих пріоритетним визначає саме уважне ставлення до них, а рівномірний розподіл уваги до кожного пацієнта і тактовність унеможливають підозру щодо несприятливого прогнозу, страх або ревності інших хворих. Важливо навчитися відволікати увагу хворого від неприємних переживань і спонукати до пошуку інтересів життя в умовах хвороби, доцільності жити задля одужання.

Догляд за хворим вимагає як умінь виконати різні гігієнічні та лікувальні заходи, так і високоморального, чесного та милосердного ставлення до хворого, що вимагає високого професіоналізму і деонтологічної витриманості. Гуманне ставлення до хворого, на нашу думку, є не менш важливим, ніж професійна майстерність.

Для правильної оцінки виробничої ситуації або стану хворого медична сестра повинна постійно контролювати свою емоційно-вольову сферу, дбати про власний психічний і фізичний стан, належний запас знань, умінь і навичок та, що важливо, плекати в собі риси шляхетності.

Емоції повинні стати союзниками медичної сестри, яка має контролювати свій настрій, вміти втамовувати почуття страху, тривоги, гніву, смутку, стресу, тривоги, сорому, гидливості. З метою відволікання пацієнта від важких думок і переживань, медичній сестрі треба навчитися розрізняти психологічні маски страху пацієнта (хвилювання, тривога, тощо). Важливо контролювати і спостерігати за своєю мімікою, пантомімікою, поглядом, силою і тембром голосу, дикцією, поставою, посмішкою, виразом обличчя, поведінкою. Регулюючи свій емоційний стан, сімейна медична сестра зможе будувати конструктивні взаємини з пацієнтом і його родиною, колегами, а навчившись розрізняти нестриманих хворих, що зумовлено асенізацією нервової системи, та їх невихованість зможе адекватно корегувати поведінку таких пацієнтів. Якщо у хворого розвився неадекватний емоційний стан, який впливає на діагностично-лікувальний процес і заважає іншим хворим (страх, депресія, дисфорії тощо), це обов'язково повинна помітити медсестра і негайно повідомити лікаря.

Важливо виробити у собі здатність до емпатії та потребу в ній. Вміння відчувати емоційний стан хворого і співпереживати з ним, бути тактовними, оцінюючи душевний стан хворого, має стати запорукою встановлення тісних контактів та сприятиме процесу одужання пацієнта.

Медична сестра повинна знати фази, компоненти та ступені подолання стресу, характеристики стресорів, неефективні та успішні способи його подолання. Аналізуючи проблеми з метою зменшення фізичного ефекту стресу, сімейній медичній сестрі варто застосовувати комплексні способи його подолання.

Наявність вольових компонентів у структурі особистості медичної сестри сімейної медицини забезпечує активний розвиток волі, зміцнення її, спонукає до витримки і витривалості при тяжких невідкладних станах, мобілізації зусиль при огляді хворих з тяжкими пораненнями, трупів. Сімейна медична сестра має характеризуватися вольовими якостями рішучості, витривалості, впевненості, стійкості і наполегливості, що крім того, ще й допоможе активно активізувати хворих з метою мобілізації їх зусиль.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Важливо постійно працювати над виробленням і підтримкою практичних навичок, доведення їх до автоматизму, поєднуючи їх з гуманним і душевним ставленням до хворих, проявом терпіння, постійно дбаючи про дотримання професійної честі й гідності (як власних, так і колег по роботі). Критично оцінюючи свої можливості, медична сестра сімейної медицини має визначати перед собою конкретну, реальну для досягнення мету й досягати її в оптимально короткі терміни, що передбачає ефективне використання часу і зусиль.

Оскільки завданням первинної медико-санітарної допомоги є збереження і зміцнення здоров'я, працездатності і творчого довголіття населення, то з цією метою медична сестра має: проводити моніторинг стану здоров'я, всіх показників, що його формують, а також реалізувати профілактичні заходи з оцінкою їх ефективності; навчати елементам гігієни, ведення здорового способу життя, прийомам надання само- та взаємодопомоги; залучати до вирішення проблем охорони здоров'я населення підготовленого санітарного активу; забезпечувати на закріпленій території гарантованого обсягу первинної медико-санітарної допомоги; здійснювати профілактичну роботу, спрямовану на зниження чинників ризику, виявлення латентних та ранніх форм захворювання; спостерігати у динаміці за станом здоров'я кожного громадянина закріпленої території і членів його сім'ї протягом усього життя, а також людей з інших дільниць за їхнім бажанням; залучати громадян до активної участі у реалізації програм, що сприяють охороні здоров'я їхніх родин, особливо жінок і дітей; брати участь у наданні медико-соціальної допомоги інвалідам, людям похилого віку та іншим соціально незахищеним групам населення; надавати швидку та невідкладну допомогу хворим у станах, що загрожують життю, незалежно від місця проживання, національності, віросповідання і матеріального становища; організовувати надання всіх видів медичної допомоги (спеціалізованої і вузькоспеціалізованої різними фахівцями поліклінік і в умовах стаціонару) [119]. Всі ці завдання забезпечуються наявністю у сімейної медсестри сформованої професійно-педагогічної компетентності, забезпечити реалізацію якої сімейна медсестра зможе, використовуючи відповідні форми, методи і засоби. Формування світогляду, клінічного мислення, переваги профілактичної медицини, перспективи її розвитку за рахунок безпосередньої участі спеціалістів сімейної медицини сприятиме підвищенню якості їх підготовки, а, відтак, стає важливою запорукою підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги населенню [64].

Таким чином, формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри загальної практики сімейної медицини відбувається на основі структури, що включає мотиваційно-аксіологічний, когнітивний, операційно-діяльнісний (гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські та комунікативні вміння) та особистісний компоненти.

2.3. Модель формування професійно педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Одним із методів наукових досліджень систем і процесів та складає категорію пізнання, що науково обґрунтовано, є моделювання [293].

Модель (франц. *modele* від лат. *modulus* – міра, мірило, зразок): предмет, явище, система (опис, схема, графік, макет, форма), що за певних умов виступають у значенні заміника чи представника якогось іншого предмета, явища та системи; наукове поняття, пов'язане з методом моделювання [243, с.66].

Тлумачний словник української мови (за заг. ред. проф. В. В. Дубічинського, 2006 р.) подає модель як „уявний чи умовний (зображення, опис, схема) образ якогось об'єкта, процесу чи явища, що використовується як його „представник“ [230, с. 408].

О. С. Березюк, розглядаючи моделювання педагогічних ситуацій як метод підготовки майбутніх учителів до роботи з учнями, наводить приклад тлумачення терміну „ модель “ як „ деякої реальної існуючої системи або ту, що представляється в думках, яка, заміщаючи і відображаючи в пізнавальних процесах іншу систему-оригінал, знаходиться з нею у відношенні схожості (подібності), завдяки чому вивчення моделі дає змогу отримати нову інформацію про оригінал “ [17, с. 25].

В. І. Бондар, аналізуючи теорію і технологію управління процесом навчання у школі стверджує, що модель певною мірою відображає (відтворює) будь-які сторони навчального процесу та передбачає наявність відповідних теорій або гіпотез [26].

Побудова і вивчення моделі, у свою чергу, спрямована на дослідження закладених в її структурі явищ і процесів [157, с. 136]. В Україні моделювання педагогічного процесу досліджували О. Є. Антонова, А. М. Алексюк, О. С. Березюк, І. Д. Бех, В. І. Бондар, Г. Г. Ващенко, С. С. Вітвицька, О. П. Рудницька, С. У. Гончаренко, О. М. Пехота, С. О. Сисоєва, О. Г. Ярошенко та інші [2, 7, 17, 20, 26, 28, 34, 48, 150, 156, 304].

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Кожна модель має свою структуру, певні компоненти, блоки, через які вона розкривається залежно від мети і завдань, які визначає дослідник, виходячи з характеристик досліджуваного об'єкта. О. П. Рудницька розглядає модель як штучну систему, однак зазначає, що саме вона повинна в загальному відображати основні властивості досліджуваного об'єкта [150]. В. А. Штофф, розглядаючи моделювання в філософії, визначає чотири ознаки моделі: модель – це уявна або матеріальна система; модель здатна замінювати об'єкт; модель відтворює або відображає об'єкт дослідження; вивчення моделі дає можливість отримати суттєво нову інформацію про об'єкт дослідження [293].

О. Є. Антонова зазначає, що використовуючи моделювання як науковий пошук, дослідник, будуючи модель і досліджуючи її, безпосередньо більше дізнається про предмет дослідження [7].

С. С. Вітвицька вважає, що розробивши теоретичні основи дослідження та перевіряючи їх доцільність на практиці, дослідник завжди проводить аналогію із розробленою моделлю [34].

З метою розроблення якісної продуктивної моделі, необхідно проаналізувати нормативну базу, результати попередніх досліджень з визначеної проблеми, мати певний власний досвід та бути обізнаним, накопичити досліджуваний матеріал [172, 173]. Зазначимо, що існують різні моделі: математична, екологічна, медична, медсестринська, педагогічна тощо. Медична модель існує протягом сторіч, її реалізація спрямована на захворювання, коли зусилля лікаря передбачають встановлення діагнозу і лікування патологічного стану (відхилень, дисфункцій, дефектів) [118, с. 15]. Модель сестринської справи орієнтована на людину, а не на хворобу і має бути адаптованою до потреб пацієнтів, їхніх сімей і суспільства, забезпечувати медичним сестрам широкий вибір ролей і функцій для роботи не тільки з хворими й вмираючими пацієнтами, але і здоровим населенням. На сьогодні у світовій практиці сестринської справи нараховується більше 30 концептуальних моделей сестринської допомоги [118, с. 15-16].

Особистісно орієнтована педагогіка виокремлює три моделі (І. С. Якиманська, 1995): соціально-педагогічну, предметно-дидактичну та психологічну [302]. У педагогіці, окрім того, є динамічна, статистична, модель цілісного педагогічного процесу, структурна, функціональна, факторна, соціально-технологічна моделі тощо. Динамічна модель відображає трансформацію педагогічних процесів, тобто певні зміни під

впливом певних умов. Статистична модель базується на аналізі статистичних даних.

Модель цілісного педагогічного процесу (В. П. Беспалько, Ю. Г. Татур, 1989) складається з багатьох компонентів, серед яких: студенти, викладачі, мета підготовки майбутнього спеціаліста, форми, методи та засоби реалізації навчально-виховного процесу тощо [18].

Виходячи із суті, мети та завдань, об'єкта нашого дослідження його предметом обрано *структурно-функціональну* модель формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини та методику її реалізації в процесі фахової підготовки.

Побудову авторської моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки здійснюватимемо на основі визначення структури та змісту професійно-педагогічної компетентності, визначення особливостей її формування, виділення основних складових моделі (мета, зміст, результат тощо).

Під моделлю формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки ми розуміємо систему складових, що реалізує формування в майбутньої медичної сестри сімейної медицини системи знань, умінь і навичок, які забезпечать в майбутньому виконання покладених на неї професійних функціональних обов'язків.

Вибудовуючи модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, нами враховано *соціальне замовлення* з підготовки фахівців визначеного напрямку, що забезпечить нагальну кадрову потребу в медсестринській галузі. Соціальне замовлення сімейної медичної сестри зумовлене реорганізацією медичної галузі та переходом на рівневу систему надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, де 85% складатиме первинна медико-санітарна допомога, побудована на принципах загальної практики – сімейної медицини.

Основна **мета підготовки** медичної сестри сімейної медицини у контексті нашого дослідження – сформувати професійно-педагогічну компетентність медичних сестер сімейної медицини, що, в свою чергу, забезпечить систему медсестринства конкурентоспроможними фахівцями на ринку праці відповідно до соціального замовлення.

Зазначимо, що реалізація мети передбачає застосування комплексного підходу під час розв'язання навчально-виховних **завдань**

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

моделі: сформувати мотивацію діяльності у галузі сімейної медицини та відповідні знання, що дають можливість спілкуватися, навчати; підготувати кваліфіковану медичну сестру, здатну використовувати вміння і навички на практиці в стандартних та непередбачуваних ситуаціях з метою виконання поставлених перед нею завдань (оволодіння знаннями з клінічного медсестринства; формування умінь та навичок, які необхідні у роботі медичних сестер сімейної медицини; підготувати майбутню медичну сестру до певної діяльності як особистість; розвивати пізнавальні та творчі здібності з метою їх реалізації у медсестринській практиці; сформувати особистісну культуру сімейної медсестри). Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки включає в себе концептуальний, мотиваційно-стимулюючий, змістовий, процесуальний, організаційний, контрольно-оцінний і результативний блоки (рис. 2.1).

Концептуальний блок визначається наявністю основних *підходів та принципів*, які характеризують систему сучасної медсестринської освіти в Україні. Реалізація принципів науковості, системності і послідовності, доступності, зв'язку навчання з життям, наочності, міцності знань, безперервності, індивідуального підходу, гуманізації, диференціації, креативності, полікультурності, міждисциплінарної інтеграції, поліфункціональності, емоційності сприяє повноцінному навчально-виховному процесу вищого медичного навчального закладу.

Принцип науковості забезпечує послугування науково обґрунтованими та практично апробованими фактами, які наповнюють зміст навчального матеріалу. Нові методики спостереження і догляду за пацієнтом, стандартні протоколи, алгоритми маніпуляцій, дослідження клінічного медсестринства своєю науковою новизною забезпечують упровадження сучасних знань в практику.

Принцип системності і послідовності реалізується поступовим викладом студентам теоретичного матеріалу від простого до складного, а далі на його основі відбувається формування умінь і навичок під час практичних занять в кабінетах доклінічної практики з використанням відповідних матеріалів та обладнання, а також на клінічних базах закладів охорони здоров'я.

Принцип доступності навчання сприяє засвоєнню навчального матеріалу завдяки обґрунтуванню та поясненню значення специфічних медичних термінів, усвідомленості значущості анатомо-фізіологічних, біохімічних тощо процесів в організмі здорової людини, динаміки змін

Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування

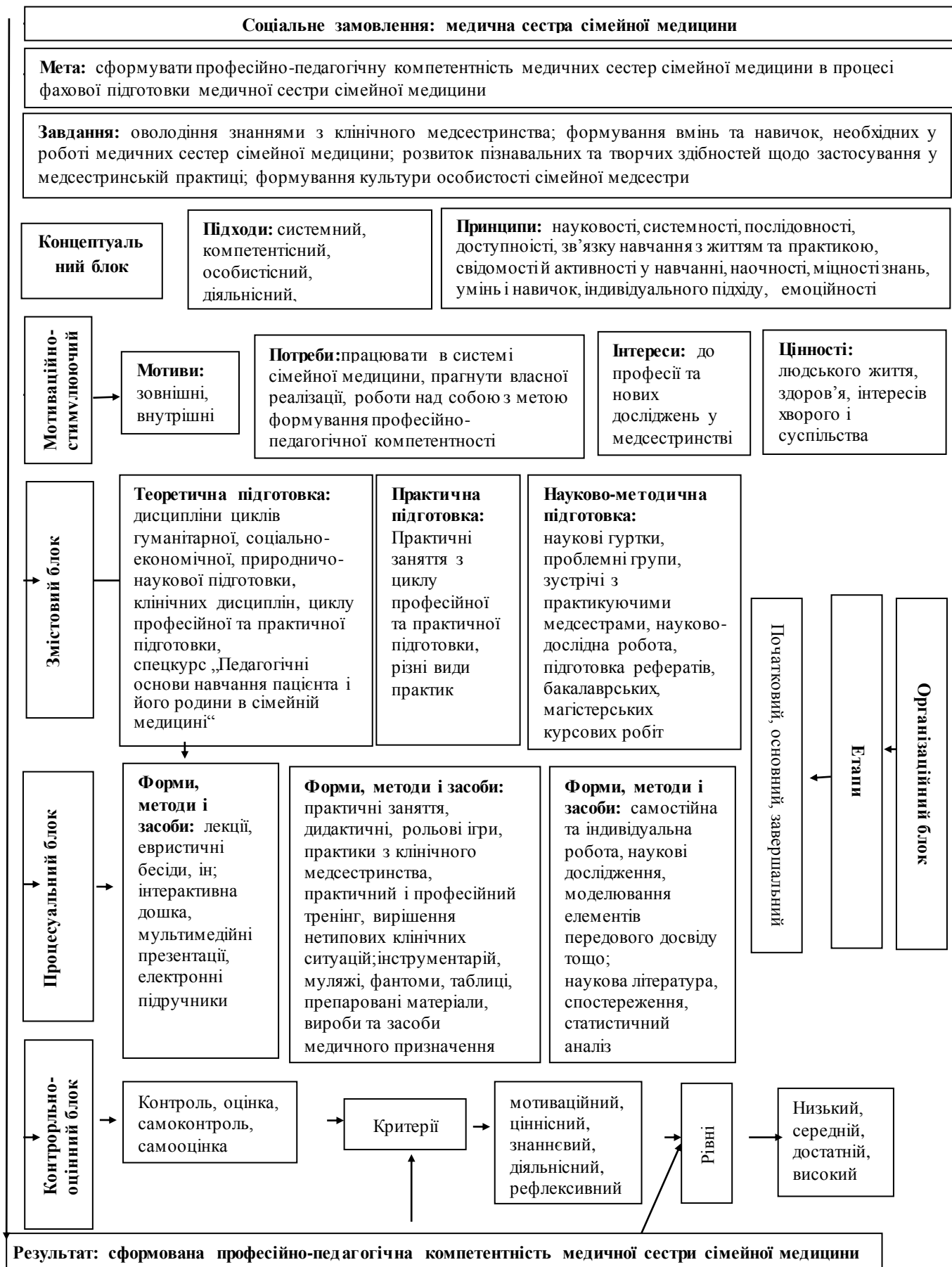


Рис. 2.1. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

під час хвороби та впродовж лікування.

Принцип зв'язку навчання з життям забезпечується через наведення прикладів з практики та професійного досвіду у контексті розуміння соціобіологічних взаємозв'язків на рівні суспільства та родини.

Принцип наочності спрямований на залучення органів чуття до засвоєння знань, умінь і навичок шляхом комплексного сприйняття студентами навчального матеріалу завдяки використанню засобів ілюстрування (таблиці, структурологічні схеми, слайди, мультимедійні презентації, ілюстрації, муляжі, фантоми, вироби медичного призначення тощо), що сприяє усвідомленому засвоєнню навчального матеріалу в кабінетах доклінічної підготовки з використанням муляжів і фантомів та робота по догляду за пацієнтами, надання допомоги в практичній охороні здоров'я на основі протоколів під час занять на клінічних базах із застосуванням відповідної апаратури та інструментарію.

Принцип міцності знань забезпечує закріплення знань попередньо вивченого у тісному зв'язку новим інформативним матеріалом, який має закріпитися на практиці (до практики через теорію) у вигляді засвоєних і доведених до автоматизму умінь і навичок.

Принцип безперервності передбачає набуття знань постійно, починаючи із обов'язкового загальноосвітнього навчання, далі обраної фахової додипломної підготовки, післядипломного навчання на курсах підвищення кваліфікації зі спеціалізації та вдосконалення, самоосвіти впродовж життя.

Принцип індивідуального підходу базується на врахуванні у професійній діяльності медичної сестри сімейної медицини індивідуально-психологічних вікових особливостей особистості (ранній дитячий вік – від 1 до 3 років; дошкільний вік – від 3 до 5 років; молодший шкільний вік – від 5 до 12 років; юність – від 12 до 20 років; молоді дорослі роки – від 20 до 45 років; середні дорослі роки – від 45 до 65 років; похилий вік – від 65 і більше [169]), а також рівня розвитку пізнавальних процесів (пам'яті, мислення, уяви, уваги, відчуття, сприймання), психічних властивостей, психічних станів, працездатності, самостійності студентів.

Принцип гуманізації реалізується у контексті визначення пріоритетності людини та її потреб з урахуванням морально-етичних та етико-деонтологічних принципів та підходів.

Принцип диференціації досягається через співставлення, розрізнення, порівняння, аналіз, синтез, узагальнення навчального матеріалу, а також форм, методів і засобів його засвоєння, що сприятиме виокремленню понять та цілісності знань.

Принцип полікультурності сприяє розумінню необхідності співіснування в багатогранному світі в умовах гармонізації стосунків, незалежно від віку, статі, національності, віросповідання, переконання, дотримання традицій.

Принцип міждисциплінарної інтеграції передбачає тісний зв'язок навчальних дисциплін, їх взаємодоповнення попередніми (забезпечуючими) і наступними (що забезпечуються) дисциплінами, а також реалізацію внутрішньодисциплінарної інтеграції. Цей принцип сприяє комплексному і повноцінному формуванню знань, умінь і навичок майбутнього спеціаліста.

Принцип поліфункціональності забезпечує здатність вирішувати різносторонні функції і завдання, що покладаються на спеціаліста, виконання всіх передбачених ОКХ обов'язків. Кваліфікація медичної сестри дозволяє здійснювати діяльність у будь-якому відділенні (терапевтичному, хірургічному, гінекологічному, неврологічному, кардіологічному, урологічному тощо) закладу охорони здоров'я.

Принцип креативності полягає в здатності реалізації творчого підходу до діяльності, пошуку й застосування нових форм, методів і засобів, упровадження нестандартних ідей на робочому місці, що сприятиме модернізації медсестринського процесу.

Принцип емоційності підвищує зацікавленість до навчання, викликану майстерністю педагога, його ораторськими здібностями, вмінням зацікавити студента, викладати матеріал емоційно, змінюючи акценти, використовуючи вербальні та невербальні засоби, переплітаючи нову інформацію цікавими прикладами із життя та медсестринської практики.

У результаті теоретичного аналізу проблеми, нами виділено основні *наукові підходи* до підготовки медичної сестри загальної практики – сімейної медицини: системний, компетентісний, особистісний, діяльнісний, технологічний.

Системний підхід передбачає вибудовування певної системи підготовки майбутньої медичної сестри, логічної, поетапної організації навчального процесу від простішого до складного, що забезпечить його багатогранність та цілісність.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

Компетентісний підхід ґрунтується на формуванні компетентності майбутнього спеціаліста через цілий комплекс компетенцій, що забезпечить вирішення покладених на нього функцій і завдань під час виробничої діяльності.

Особистісний підхід забезпечує сприйняття кожного учасника навчально-виховного процесу, в першу чергу, як унікальної особистості, що характеризується якостями, властивостями та процесами, рівнем розвитку індивідуально-психологічних особливостей, що визначається здатністю засвоїти програмний матеріал, який має відповідати кваліфікаційній характеристиці майбутнього спеціаліста. Зазначений підхід спрямований на формування спеціаліста, насамперед, як морально-стійкої, здатної до самовдосконалення особистості із збереженням своєї індивідуальності, почуття власної гідності, самоповаги та поваги до оточуючих.

Орієнтиром у поведінці та діяльності медичної сестри сімейної медицини є ствердження пріоритету цінності людського життя, здоров'я, інтересів пацієнта і суспільства.

Діяльнісний підхід спрямований на забезпечення кваліфікованої діяльності спеціаліста з дотриманням точності, правильності виконання маніпуляцій та процедур відповідності до визначених алгоритмів, що передбачає швидкість, високий ступінь автоматизації, легкість, успішність екстраполяції в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах).

Технологічний підхід відображає взаємодію учасників навчально-виховного процесу з використанням певних педагогічних технологій.

Мотиваційно-стимулюючий блок забезпечується через мотиви, потреби, інтереси, цінності особистості, що виявляється в процесі формування професійно-педагогічної компетентності майбутньої медичної сестри сімейної медицини.

Система взаємопов'язаних і взаємопідпорядкованих мотивів діяльності особистості, що свідомо визначають лінію її поведінки, складають її мотивацію. Мотиви залежать від характеру етичної свідомості, ціннісної орієнтації, рівня загальної культури, здатності до критичного осмислення ситуації, вольових якостей людини [256, с. 463].

Діяльність медичної сестри сімейної медицини забезпечують як зовнішні, так і внутрішні мотиви. Зовнішні мотиви продиктовані розумінням необхідності надання допомоги хворим, престижності професії медичної сестри, можливості отримання винагороди за свою діяльність, комфортними умовами роботи. Внутрішні мотиви до

формування професійно-педагогічної компетентності зумовлені потребою майбутнього медичного працівника самореалізуватися в професійній діяльності, розвинути власні здібності та реалізувати особистісний потенціал у суспільно значущій сфері людських відносин [256].

У процесі особистого становлення зовнішні мотиви можуть трансформуватися у внутрішні, що свідчить про високий рівень моральних якостей особистості медичної сестри сімейної медицини.

Мотивацією для медичної сестри в реалізації професійно-педагогічної компетентності має стати бажання вступити у взаємодію з пацієнтом та його родиною з метою встановлення контакту, побудови взаєморозуміння, трансформації знань, медсестринського обстеження пацієнта, надання йому практичної та консультативної допомоги. Мотивацією для пацієнта має стати віра в одужання, бажання змінити ставлення до життя, навчитися жити в умовах хвороби та пошуку шляхів до одужання.

Нагальною *потребою* медичної сестри повинно бути бажання працювати в системі сімейної медицини, власної реалізації, роботи над собою з метою формування професійно-педагогічної компетентності.

Медична сестра має проявляти *інтерес* до професії та нових досліджень у медсестринстві, який зумовлює потребу власної реалізації, роботи над собою, пізнання нового, вдосконалення знань, умінь і навичок з метою їх використання в практичній діяльності.

Основними *цінностями* для медичної сестри повинні бути цінність людського життя, здоров'я, пріоритетність інтересів хворого і суспільства, які слугують орієнтиром у професійній діяльності.

Змістовий блок включає в себе теоретичну, практичну та науково-методичну підготовку. Змістом теоретичного навчання є засвоєння знань дисциплін циклів гуманітарної та соціально-економічної, природничо-наукової, професійної та практичної підготовки, спецкурсу "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині". Під час практичних занять відбувається формування практичних умінь, відпрацювання практичних навичок під час доклінічної практики, що відбувається як в навчальному закладі, та клінічної практики в клінічних базах, якими є лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я. Окрім того, змістовий блок передбачає науково-методичну підготовку, а саме: участь студентів у наукових гуртках, проблемних групах; проведення зустрічей з

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

практикуючими медсестрами; науково-дослідна робота, підготовка рефератів, бакалаврських, магістерських курсових робіт тощо.

Процесуальний блок забезпечується через форми, методи і засоби навчання під час навчально-виховного процесу майбутніх медичних сестер сімейної медицини.

Теоретичне вивчення матеріалу дисциплін циклів, що передбачені навчальною програмою, здійснюється шляхом використання наступних форм і методів: тематичні, клінічні, проблемні або з елементами проблемного розгляду матеріалу, міждисциплінарні, оглядові, узагальнюючі лекції; лекції-бесіди; лекції із застосуванням наочності; евристичні бесіди тощо.

Практичні заняття з дисциплін у ході формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини, включаючи практики з клінічного медсестринства, передбачають використання практичний тренінгів, вдосконалення навичок. Вирішення типових та нетипових клінічних ситуацій здійснюється у ході практичний тренінгів. Дидактичні, рольові ігри, медико-біологічні дослідження, експериментальна робота сприяють удосконаленню практичних навичок та гностичних умінь майбутніх фахівців.

Під час науково-методичної підготовки використовуються форми самостійної та індивідуальної роботи, наукові дослідження, моделювання елементів передового досвіду тощо.

Організаційний блок спрямований на реалізацію змістового та процесуального компонентів моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини. Його реалізація здійснюється поетапно. Розглянемо **етапи формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри** більш детально. Формування досліджуваної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки відбувається, на нашу думку, на початковому, основному, завершальному етапах.

Охарактеризуємо сутність мотиваційно-аксіологічного компоненту професійно-педагогічної компетентності (цінності, мотиви, інтереси та потреби) на початковому етапі, який визначається тим, що частина студентів має переважно сформовану зовнішньою мотивацію, розуміння престижності професії медичної сестри, можливість матеріальної винагороди за свою діяльність, навчальний заклад близько від проживання, батьки наполягли на навчанні саме за цією спеціальністю тощо. Однак, варто зазначити, що починаючи з першого курсу професійної підготовки у майбутніх медичних сестер поступово

внутрішня мотивація починає домінувати над зовнішньою, адже в результаті глибшого пізнання актуальності проблем пацієнта, усвідомлення значущості його в одужанні медичної сестри поступово з'являється задоволення від самого факту діяльності, його результату. Особистість пацієнта з його потребами та проблемами; що постійно знаходяться в емпатійному полі діяльності медичної сестри є чинником досягнення високих професійних результатів, формування професійно-педагогічної компетентності у процесі фахової підготовки, що визначає сутність усіх її компонентів (рис. 2.2).

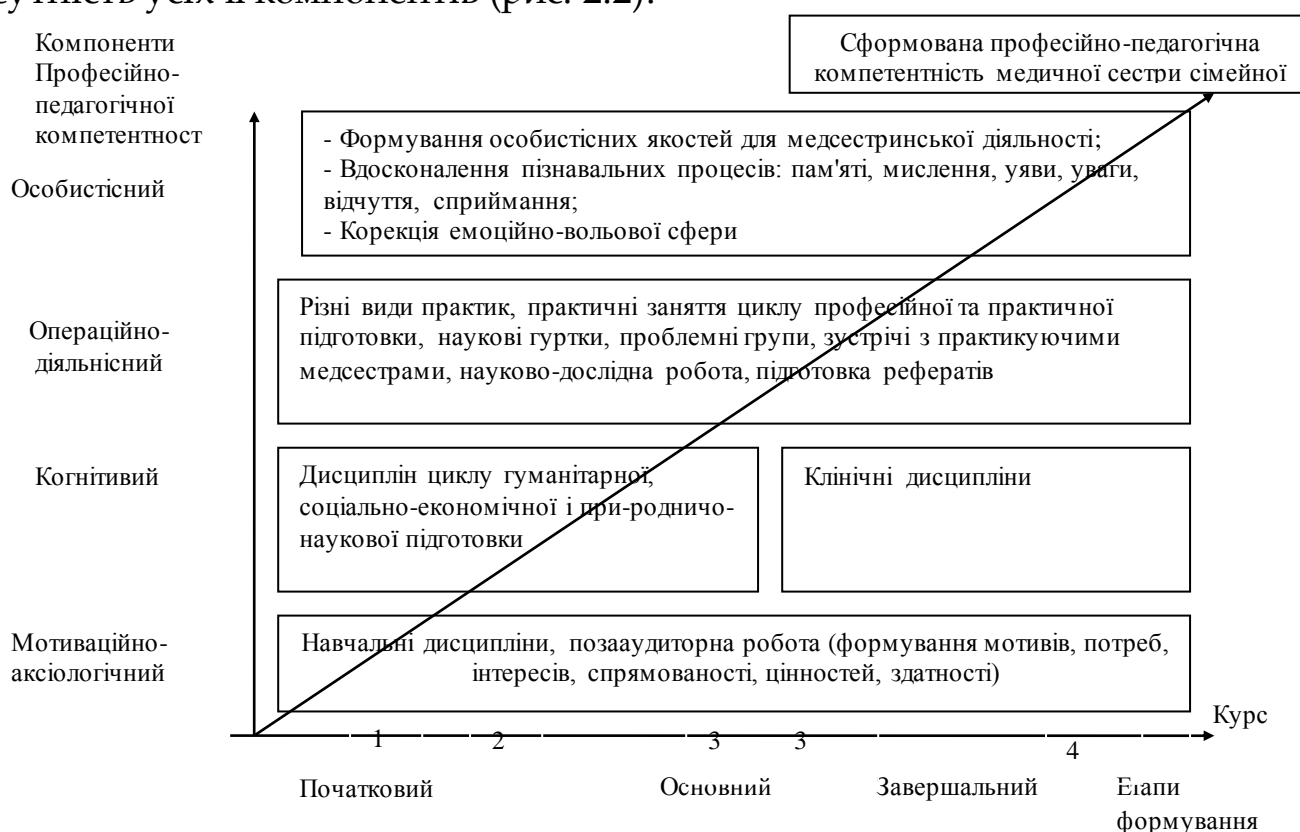


Рис. 2.2. Етапи формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

На завершальному етапі формування досліджуваної компетентності з'являється відповідальність, розуміння унікальності людського життя, значущості здоров'я у процесі життєдіяльності людини і функціонування суспільства. Під час спостережень нами виявлено, що практичне медсестринство викликає найбільший інтерес у студентів, що обрали в якості майбутньої професійної сфери діяльності медицину.

Когнітивний компонент на початковому етапі формується через дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної і природничо-

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

наукової підготовки. Основний етап характеризується доповненням навчального процесу вивченням клінічних дисциплін (медсестринства у внутрішній медицині, хірургії, педіатрії, інфектології, гінекології, сімейної медицини, акушерстві, дерматовенерології тощо).

На завершальному етапі відбувається інтеграція фахових та психолого-педагогічних знань, досягається сформованість даного компоненту. Вивчення медсестринської клініки на основі попередньо забезпечуючих дисциплін формує у студентів цілісне сприйняття світу через систему міждисциплінарної інтеграції з урахуванням особливостей етапів медсестринського процесу та принципів їх впровадження. Певним результатом цього процесу можна вважати формування наукових інтересів майбутніх медичних працівників.

Важливим також є ознайомлення студентів з особливостями роботи у сімейній медицині, що дають змогу студентам усвідомити вибір власного фаху та поставити цілі на майбутнє з метою їх досягнення. На завершальному етапі, завдячуючи клінічним дисциплінам, переважна більшість студентів конкретно визначають сферу своєї професійної діяльності у майбутньому.

Операційно-діяльнісний компонент професійно-педагогічної компетентності реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь, формування яких відбувається поетапно через різні види практик, практичні заняття циклу професійної та практичної підготовки, наукові гуртки, проблемні групи, зустрічі з практикуючими медсестрами, науково-дослідну роботу, підготовку рефератів тощо.

На початковому етапі майбутні фахівці з сімейної медицини відпрацьовують навички впровадження складових медсестринського процесу в кабінетах доклінічної практики, а саме: проводять медсестринське обстеження пацієнтів, здійснюють аналіз та оцінку стану пацієнта на основі отриманих внаслідок обстеження даних, виявляють проблеми та встановлюють медсестринські діагнози, складають план медсестринських втручань, погоджуючи його з пацієнтом та його родиною, здійснюють медсестринські втручання, впроваджуючи план в дію, оцінюють медсестринський процес та, за необхідності, корегують план та догляд. Практичні заняття доповнюються науково-дослідною роботою в наукових предметних гуртках.

Робота з муляжами та фантомами, а також безпосередня діяльність біля ліжка хворого сприяє формуванню зацікавленості до власної

спеціальності, що супроводжується усвідомленням можливості позитивного впливу на перебіг захворювання, власної ролі та значущості в одужанні пацієнта.

Згодом, коли заняття проводяться в закладах охорони здоров'я (основний етап) відбувається закріплення сформованих умінь та вдосконалення навичок. Студенти, займаючись практичною діяльністю, відвідуючи стаціонари, працюючи з пацієнтами, спостерігаючи за ними та надаючи їм допомогу, здійснюючи догляд біля ліжка хворого пацієнта, на власному досвіді переконуються у важливості проведення медсестринських втручань та їх результативності.

Одним із напрямів позанавчальних заходів підготовки фахівців з медсестринства є волонтерська діяльність: по наданню допомоги пораненим у військовому госпіталі; догляду за дітьми в будинку дитини; догляду за інвалідами в закладі інтернатного типу; догляд за людьми похилого та старечого віку, невиліковними хворими в хоспісах тощо. Однією із форм волонтерської діяльності має стати робота щодо поширення інформації серед населення по профілактиці ВІЛ-інфекції і СНІДу, питань імунізації населення різних вікових груп, обов'язкового щорічного флюорографічного обстеження з метою попередження туберкульозу, організація акцій „ Від серця до серця “, „ Захисти себе сам “, „ Рівний – рівному “, „ Проінформований – значить захищений “. Вагомого значення у процесі формування професійно-педагогічної компетентності надається гуртковій роботі, орієнтованій на професійну майстерність, удосконалення досвіду з маніпуляційної техніки, комунікативної майстерності, наукових досліджень. Таким чином, студенти на власному досвіді переконуються у доцільності обраної спеціалізації.

На завершальному етапі гностичні, проектувальні, конструктивні, організаторські, комунікативні уміння повністю сформовані та відповідають вимогам освітньої кваліфікаційної характеристики фахівця.

Особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності розкривається через розвиток та становлення медичної сестри як особистості, що спроможна на високому рівні здійснювати медсестринську діяльність. На кожному з етапів формування особистісного компоненту відбувається вдосконалення пізнавальних процесів: пам'яті, мислення, уяви, уваги, відчуття, сприймання; відповідно корегується емоційно-вольова сфера.

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

На початковому етапі формування професійно-педагогічної компетентності відбувається адаптація до медсестринської діяльності, що характеризується позитивними змінами у емоційно-вольовій сфері (подолання страху, сорому, гарячковості; навчитись контролювати зміну настрою, подолання власних сумнівів та зневіри щодо спроможності роботи з хворими на серйозні патології; низька самооцінка, утамування гидливості, контроль за змінами настрою тощо).

Поступово на основному етапі акцентується увага на проблемах пацієнтів, розвивається спроможність концентрувати увагу на невідкладних станах, переключати її з одного пацієнта на іншого, спрогнозувати наслідки стану пацієнта та передбачити ускладнення.

Особливо значущим у контексті розгляду особистісного компонента професійно-педагогічної компетентності є розвиток нестандартного і абстрактного мислення, мислительських операцій (аналізу, синтезу, узагальнення співставлення, порівняння тощо), що впливає на медичні прогнози. Розвиток зорової (запам'ятати вираз обличчя, колір шкіри і слизових оболонок, характер висипу на шкірі тощо); слухової при проведенні аускультації (вислуховування фонендоскопом) та перкусії (вистукування пальцями та визначення за звуком місцезнаходження органу, накопичення рідини тощо), тактильної (провести пальпацію), нюхової (вловити запах ацетону з рота при цукровому діабеті, запаху гнилої риби при гінекологічній патології тощо) пам'яті забезпечить успішну діагностику та догляд.

Формування особистісних якостей цілеспрямованості, відповідальності, самокритичності, креативності, організованості сприяє чіткій організації праці. Спостережливість і старанність, дисциплінованість, працьовитість забезпечують виконання обов'язків. Якості емпатійності, врівноваженості, комунікабельності, чемності, товариськості, толерантності, справедливості, чесності, охайності викликають довіру пацієнтів, створюють атмосферу доброзичливості, викликає у пацієнта впевненість у надійності такої медсестри.

Зазначене засвідчує, що на завершальному етапі особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності відповідає вимогам до особистості майбутньої медичної сестри сімейної медицини.

Контрольно-оцінний блок включає в себе контроль, оцінку, самоконтроль та самооцінку процесу і результату формування досліджуваної компетентності. У ході навчального процесу здійснюється корекція навчальної діяльності шляхом постійного оцінювання

результатів теоретичної і практичної підготовки відповідно до стандартів діяльності медичної сестри.

Контроль здійснюється на всіх етапах навчально-виховного процесу. Спочатку аналізується усвідомлення значущості навчання, розуміння необхідності засвоєння знань. Зазначене вимагає перевірки рівня засвоєння знань, творчого мислення, включаючи і знання поведінки в нестандартних клінічних ситуаціях, логічного теоретичного вибудовування послідовності дій медичної сестри тощо. Важливими є підсумкове оцінювання та контроль реалізації теоретичних знань в практичній діяльності, а також виконання маніпуляційних умінь, спілкування й побудови взаємин медичної сестри з колегами, пацієнтом та його родиною тощо.

Залежно від форми контрольних завдань (проходження інформації між викладачем і студентом) перевірка може бути усною, письмовою, графічною і практичною [40, с. 294-299].

Переважає більшість вищих медичних навчальних закладів надає перевагу кредитно-модульній системі навчання, що передбачає запровадження стобальної рейтингової шкали оцінювання знань і вмінь студентів [137]. Така система включає змістові модулі, поточний рейтинг, підсумковий модульний контроль, що складається з рейтингу модуля, оцінки модульного контролю, індивідуальної самостійної позааудиторної роботи студента, що в свою чергу підвищує мотивацію учасників навчального процесу. Упровадження новітніх педагогічних технологій в навчальний процес медичних ВНЗ сприяє досягненню високої якості підготовки фахівців.

Рейтингова система оцінювання стимулює і самоорганізовує систематичну навчальну діяльність майбутніх медичних сестер, забезпечує об'єктивність та прозорість в оцінюванні знань, посилює мотиваційний компонент, сприяє ініціативі студентів, а, крім того, вимагає від майбутніх фахівців організованості, зібраності, дисципліни праці, оптимізації своєї діяльності [23].

Вважаємо, що використання ширшої шкали рейтингової оцінки знань посилює об'єктивність. Гнучкість програм навчання та можливості навчання майбутніх медичних сестер сімейної медицини за індивідуальними навчальними планами посилює роль самостійної роботи студентів. Запровадження здорової конкуренції в навчанні, забезпечення стабільного психологічного стану студентів завдяки проведенню наскрізного контролю знань сприяє можливості студентам-медикам отримати професійну кваліфікацію відповідно до його потреб

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

та вимог медсестринського ринку праці. Саме в цьому і полягає суть адаптації ідей Європейської кредитної трансферної системи (ECTS) до системи вищої медичної освіти України [255]. Відтак не викликає сумніву те, що в Україні необхідно реформувати наявну систему медсестринської освіти, що забезпечить підвищення рівня вітчизняної медсестринської справи до світових стандартів. На нашу думку, справжні реформи в системі охорони здоров'я мають розпочатися з медсестринської справи, перебудови в системі підготовки медичної сестри.

Метод контролю знань і вмінь використовується в процесі формування професійно-педагогічної компетентності залежно від рівня професійної підготовки, що відповідають навчальним цілям: фронтальне усне експрес-опитування або співбесіда: поверхневе, динамічне, без деталізації та заглиблення в зміст; індивідуальне усне опитування, вирішення типових задач; програмований контроль; практичний тренінг; індивідуальна оцінка точності та швидкості виконання або оцінка результатів медсестринського втручання; активний професійний тренінг ситуаційних задач, тестових завдань. Критеріями оцінки професійних навичок є якість, точність, правильність виконання відповідно до алгоритмів, швидкість, ступінь автоматизації, легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Критерії та показники компонентів професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини

№ з/п	Компоненти компетентності	Критерії	Показники
1.	Мотиваційно-аксіологічний	мотиваційний	<p>Зовнішня мотивація: розуміння престижності професії медичної сестри, комфортні умови праці, можливість матеріальної винагороди за свою діяльність, батьки наполягли на навчанні саме за цією спеціальністю тощо.</p> <p>Внутрішня мотивація: задоволення від самого факту діяльності, його результату, з визначенням пріоритетності потреб та проблем пацієнта;</p>

			розуміння медичною сестрою необхідності емпатійного ставлення до людей та їх здоров'я; усвідомлення власної значущості в одужанні пацієнта; розуміння необхідності надання допомоги хворим; прагнення досягнути високих професійних результатів.
		ціннісний	цінність людського життя, здоров'я, домінування інтересів хворого і суспільства на першому плані і понад усе
2.	Когнітивний	знанневий	міцність, якість, ширина, глибина знань з дисциплін циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, циклу професійної та практичної підготовки, педагогіки, психології, спецкурсу "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду"
3.	Діяльнісний	діяльнісний	якість, точність, правильність виконання відповідно до алгоритмів; швидкість, ступінь автоматизації; легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах).
4.	Особистісний	рефлексивний	сформованість особистісних якостей, розвиток пізнавальних процесів, стійкість емоційно-вольової сфери

Самоконтроль здійснюється за допомогою: питань, тестів (з одиничною вибірковою відповіддю, з вибірковою групою правильних відповідей, з відповіддю, що самостійно формулюється, позначається студентом, на визначення правильної послідовності, на визначення

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

логічного розв'язання, на вибір декількох правильних відповідей), задач для самоконтролю (типові, та нетипові, стандартні та нестандартні, мають однозначну відповідь, студентам відомий їх алгоритм вирішення, ускладнені професійні ситуації) [125].

Результативний блок забезпечується визначенням критеріїв та показників сформованості окремих компонентів професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини, на основі яких визначаються певні рівні сформованості досліджуваної компетентності.

Визначення критеріїв та їх показників дало можливість виділити чотири **рівні сформованості компетентності** фахівця з медсестринства: низький, середній, достатній, високий.

Низький рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки відзначається: перевагою зовнішніх факторів (потреба здати екзамен, залік чи підсумковий модульний контроль через страх відрахування, конфлікту з батьками, які примушують навчатися); недостатністю особистісних якостей, які необхідні медичній сестрі для роботи в сімейній медицині; поверховим засвоєнням знань через втрату інтересу чи наявності байдужості до майбутньої діяльності в медсестринстві (байдуже в якому відділенні працювати в подальшому); відсутність чіткого усвідомлення необхідності суворого дотримання етапів медсестринського процесу, що порушує принципи спостереження та догляду за пацієнтами; виявлення неспроможності до професійної комунікації (соромляться, бояться першими розпочати розмову, відповіді на запитання пацієнта зводяться до «так» чи «ні»); недостатністю контролю свої емоціями (у відповідь на грубість іноді відповідають грубістю, не можуть втамувати гидливість, у критичних ситуаціях втрачають самовладання, не можуть втамувати страх). Дії студентів неавтоматизовані, допускаються серйозні помилки під час виконання маніпуляцій чи процедур, занадто тривало обдумують подальші кроки. Під час виконання призначень лікаря спостерігається формальне ставлення до обов'язків, що підкріплюється слабкими знаннями, недосконалістю умінь та навичок.

Середній рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки визначається наявністю зовнішньої мотивації, неготовністю до роботи в непередбачуваних критичних ситуаціях та при прийнятті самостійних рішень (надання невідкладної допомоги при кровотечах,

травматичних пошкодженнях, передчасних пологах, шоках, комах, зупинці серця чи дихання тощо). Діяльність здійснюється тільки за інструкціями та за вказівками викладача чи керівника практики, тривалість виконання навички подовжується за рахунок обдумування її етапів.

Достатній рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки характеризується: достатнім розумінням необхідності навчання як механізму подальшої успішної діяльності, стійким рівнем мотивації, сформованим бажанням працювати в сімейній медицині; засвоєнні умінь і навички забезпечують окремі дії розвинуті до автоматизму, однак допускаються незначні неточності, які не впливають на результат медсестринського процесу. Сформована система знань, умінь, особистісних навичок забезпечує професійну діяльність медичної сестри сімейної медицини.

Високий рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки полягає у переважанні внутрішньої мотивації, розвинутих цінностях, інтересі до медсестринської діяльності, стійкості потреб у професійній спрямованості; глибокому розумінні необхідності фахової освіти, набутті міцних, глибоких, якісних знань; засвоєнні практичних умінь і навичок на рівні автоматизму; вирішенні прогнатованих та непередбачуваних клінічних ситуацій; розвитку нестандартного клінічного мислення; креативному підході до виконання функціональних обов'язків.

Результатом реалізації моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини, є сформованість стійкої мотивації до медсестринської діяльності, особистісних якостей майбутніх фахівців, які дотримуються морально-етичних та етико-деонтологічних принципів, володіють знаннями гуманітарних, соціально-економічних, природничо-наукових дисциплін, клініку медичних та психолого-педагогічних наук, комплексом гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь та практичних навичок відповідно до стандартів, упроваджують медсестринський процес, використовуючи сучасні методи та засоби спостереження і догляду за пацієнтами, надають пацієнтам всі види медичної та медсестринської допомоги, що мають певні захворювання та стани, вміють співпрацювати з родинами пацієнтів, проводять

Розділ 2. Модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер в процесі фахової підготовки

санітарно-освітню профілактичну роботу, постійно працюють над підвищенням своєї професійної майстерності.

Висновки до розділу 2

На основі аналізу стану підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової медичної освіти доведено, що їх функції мають свою специфіку, яка визначається вищим рівнем особистої відповідальності, переважанням незалежних медсестринських втручань тощо. Зазначене вимагає цілісної системи компетенцій та цінностей, реалізація яких передбачає чіткість, злагодженість діяльності, що досягається за умови дотримання послідовності дій на всіх етапах медсестринського процесу.

Визначено змістову структуру професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини та охарактеризовано її компоненти: мотиваційно-аксіологічний (включає цінності, мотиви, інтереси та потреби); когнітивний (базується на сукупності фахових та психолого-педагогічних знань); операційно-діяльнісний (реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь); особистісний (розкривається через розвиток та становлення медичної сестри як особистості).

Розроблено модель формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, яка враховує соціальне замовлення і складається з цільового, концептуального, мотиваційно-стимулюючого, змістового, процесуального, організаційного, контрольно-оцінного і результативного блоків. Мета реалізації моделі полягає у формуванні професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини як конкурентоспроможних фахівців, особистостей, здатних до самореалізації, професійного зростання й мобільності в умовах реформування сучасного суспільства, що забезпечує розвиток інтелектуальних, психічних, творчих, морально-етичних і соціально значущих якостей студентів.

У межах комплексного підходу до вирішення досліджуваної проблеми окреслено шляхи досягнення визначеної мети через реалізацію таких завдань: оволодіння гуманітарними, соціально-економічними, природничо-науковими та спеціальними клінічними знаннями; формування необхідних умінь та навичок майбутніх медичних сестер; підготовка їх до певного виду професійної діяльності, що вимагає розвитку пізнавальних та творчих здібностей у практиці

сімейної медицини; прагнення до саморозвитку й самоосвіти, формування культури особистості, громадянської та суспільно-патріотичної свідомості.

Концептуальний блок моделі визначається низкою наукових підходів (системного, компетентісного, особистісного, діяльнісного, технологічного) та включає основні принципи організації процесу навчання (науковості, системності і послідовності, доступності, зв'язку навчання з життям, наочності, міцності знань, безперервності, індивідуального підходу, гуманізації, диференціації, полікультурності, поліфункціональності, міждисциплінарної інтеграції, креативності, емоційності тощо). Мотиваційно-стимулюючий блок авторської моделі забезпечується шляхом формування у майбутніх медичних сестер відповідних мотивів, потреб, інтересів, цінностей. Змістовий блок включає в себе теоретичну, практичну та науково-методичну підготовку. Процесуальний блок реалізується через доцільний вибір форм організації, методів і засобів професійного навчання. Організаційний блок спрямований на реалізацію змістового та процесуального блоків шляхом проходження трьох етапів формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: початкового, основного, завершального. Контрольно-оцінний блок включає в себе контроль, оцінку та самооцінку. Результативний – характеризується застосуванням критеріїв (мотиваційного, ціннісного, знанневого, діяльнісного, рефлексивного) та системи показників прояву складових компонентів професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, на основі яких визначаються рівні їх сформованості (низький, середній, достатній, високий).

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ВІДДІЛЕННЯ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

3.1. Стан розвитку сімейної медицини в Україні на сучасному етапі (аналіз результатів діагностувального етапу експерименту)

Подальша логіка дослідження передбачає виявлення та аналіз стану забезпечення фахівцями, зокрема, медичними сестрами, сфери сімейної медицини, що вимагає проведення та узагальнення результатів діагностувального етапу експерименту.

Програма розвитку сімейної медицини запроваджується на державному рівні про що свідчить проект закону України від 19. 05. 2011 № 8533 „ Про реформування у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві системи охорони здоров'я“, що вноситься Кабінетом Міністрів України. Цей Закон визначає організаційно-правові засади реформування системи охорони здоров'я. Метою пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я (далі – пілотний проект) є впровадження нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення, і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я України. Пілотний проект передбачає проведення упродовж 2011-2014 рр. структурно-організаційного та функціонального вдосконалення системи охорони здоров'я у пілотних регіонах, що дасть змогу: підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості; впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах та методів їх фінансування; підвищення ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для фінансування системи охорони здоров'я [74].

Реалізація пілотного проекту передбачає: створення на базі наявної мережі закладів охорони здоров'я в пілотних регіонах структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом їх реорганізації, що забезпечує потреби населення у первинній, вторинній (спеціалізованій), третинній (високоспеціалізованій) та екстреній медичній допомозі; організацію та забезпечення функціонування у визначених регіонах центрів первинної медичної

(медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі; перепрофілювання закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу з урахуванням інтенсивності її надання; організацію діяльності госпітальних округів, які мають забезпечити умови для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; створення центрів екстреної медичної допомоги для задоволення потреб населення в такій медичній допомозі; перерозподіл ресурсів між закладами охорони, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу на території зазначених регіонів; розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги; здійснення починаючи з 2012 року фінансування закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення згідно з вимогами цього Закону; запровадження починаючи з 2012 року системи індикаторів якості первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та екстреної медичної допомоги, які враховуються під час оцінювання якості медичної допомоги відповідного виду; застосування елементів програмно-цільового методу розроблення та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги. Учасниками пілотного проекту є заклади охорони здоров'я комунальної форми власності незалежно від виду і типу, які здійснюють медичне обслуговування на території визначених регіонів згідно з вимогами цього Закону [74]. Зазначене вимагає трансформації структури первинної медичної допомоги, що представлена на рис.3.1.

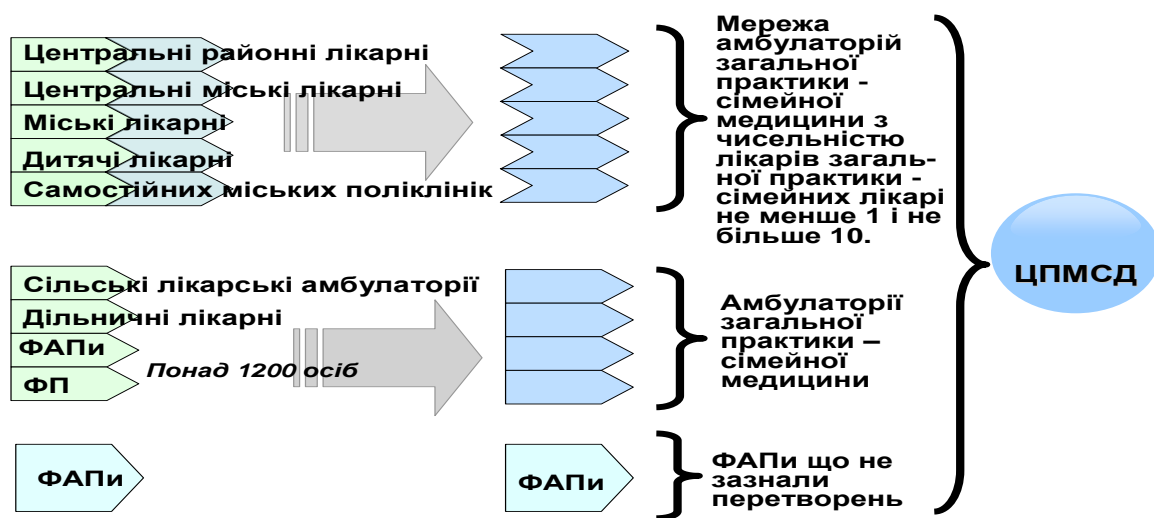


Рис.3.1. Структура первинної медичної допомоги

Варто зазначити, що пілотний проект за ініціативи МОЗ України, передбачає дослідження механізмів оновлення інфраструктури медичної допомоги (рис.3.2) з метою надання первинної медико-санітарної допомоги на фельдшерсько-акушерських пунктах, амбулаторіях сімейного лікаря, територіальних центрах медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики.

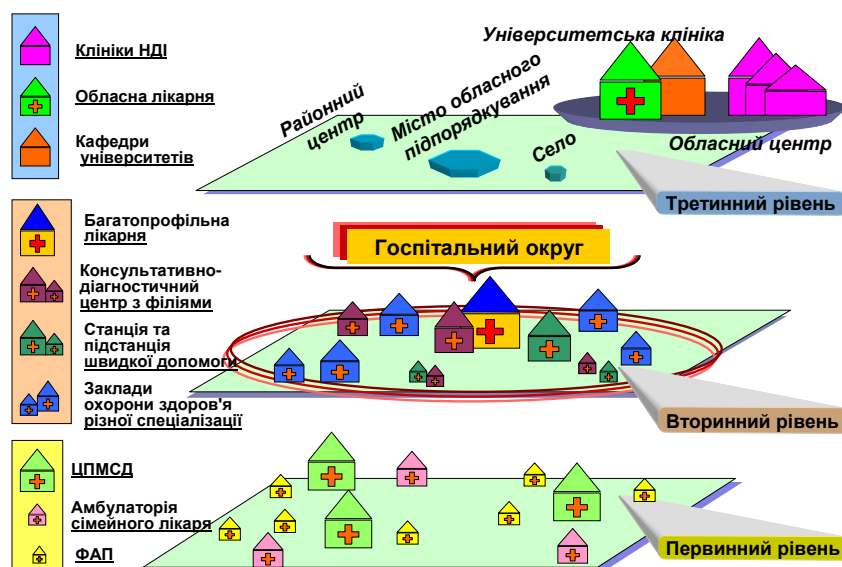


Рис.3.2 Оновлена організаційна інфраструктура медичної допомоги

Вторинна медико-санітарна допомога буде надаватися у створених госпітальних округах, а третинна – в обласних центрах та університетських клініках.

Оновлення інфраструктури медичної допомоги в умовах пілотного проекту передбачає певну уніфікацію та оптимізацію алгоритму діяльності як пацієнта, так і медичного працівника.

Так, звертаючись за медичною допомогою, пацієнт проходить складний шлях до одужання через цілу низку відвідувань лікарів, що само по собі не сприяє одужанню з огляду на втрату часу, який міг би бути використаний на лікування пацієнта та його реабілітацію (рис. 3.3).

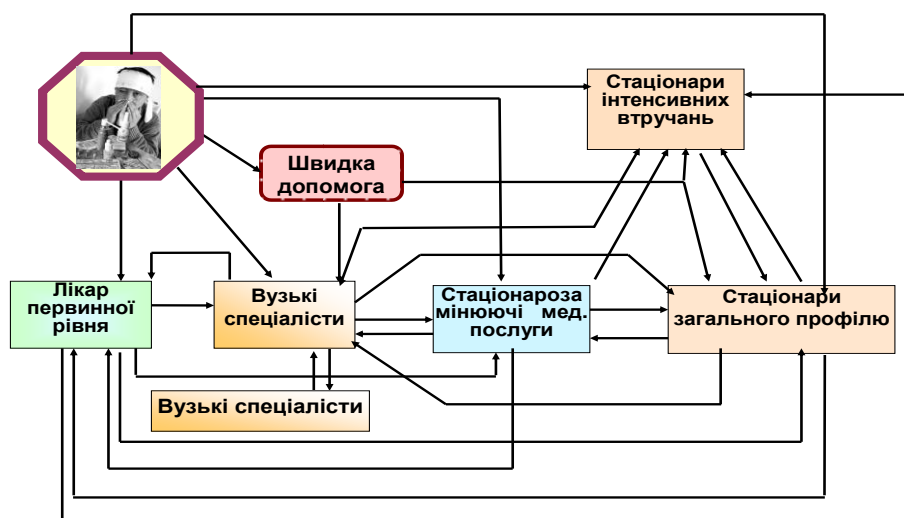


Рис. 3.3 Сучасний узагальнений маршрут пацієнта

Реорганізації системи надання медичної допомоги населенню і перерозподіл функцій та повноважень, передбачає спрощення механізмів, що сприятиме швидкому одужанню пацієнта (рис. 3.4).

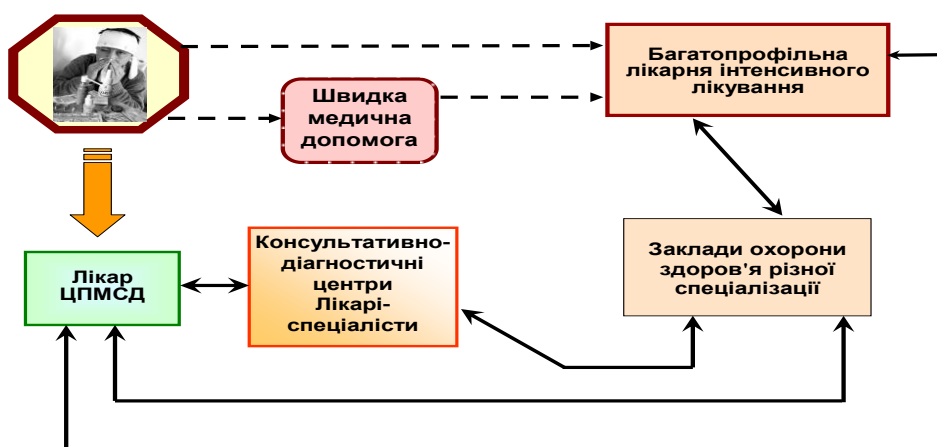


Рис. 3.4 Маршрут пацієнта після проведення реформи

Реформування й удосконалення системи медичної допомоги населенню неможливе без оптимізації спеціальної медичної допомоги, обґрунтування делегування частини функцій лікарів – вузьких спеціалістів – до лікувально-профілактичних закладів сімейної медицини. Це дасть можливість вирішити питання щодо упорядкування штатних нормативів, а також мережі, структури і функцій медичних закладів [175, с. 78].

Нами досліджено закономірності впровадження загальної практики сімейної медицини, передусім, у пілотних регіонах, Житомирській

області та загалом показники розвитку загальної практики сімейної медицини по Україні.

Для оцінки реорганізації та розвитку ПМСД використано методику визначення рангового місця, що регламентовано наказом № 1 від 08. 01. 2004 р. „ Про удосконалення моніторингу ПМСД на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації “ [134]. У монографії „ Первинна медико-санітарна допомога – сімейна медицина “ за ред. В.М. Князевича, 2010 р. [175, с. 78-79] наведено таблицю кількості закладів ПМСД по Україні за період з 2006 р. по 2008 р. (додаток А), якою ми будемо послуговуватися далі.

Наведені дані засвідчують, що кількість закладів ПМСД на засадах ЗПСМ в Україні за 2006-2008 рр. в усіх регіонах поетапно зростає, що стверджує про планомірність упровадження сімейної медицини в умовах створення міцної матеріально-технічної бази, що забезпечить її ефективність. Однак, варто зазначити, що у Львівській області динаміка кількості закладів ПМСД в абсолютних показниках є найбільшою в країні, з огляду на те, що саме в цьому регіоні розпочалось становлення вітчизняної сімейної медицини. Помітне зростання спостерігається також в Дніпропетровській, Донецькій, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях. Насторожує той факт, що помітно зменшується кількість закладів первинної ланки (фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, дільничні лікарні, здоровпункти) за рахунок їх закриття через малу кількість населення в селах, в яких проживає менше 1000 мешканців (Вінницька, Харківська області та м. Севастополь). Розбіжність показників свідчить про нерівномірність запровадження сімейної медицини в країні, що викликана її поетапністю.

Починаючи з 2006 р., Державна Установа „ Український інститут стратегічних досліджень “ проводить моніторинг розвитку ПМСД на засадах ЗПСМ. Проаналізовано 214 форм оперативної інформації з регіонів України щодо розвитку мережі, кадрового та ресурсного забезпечення діяльності закладів (підрозділів) ПМСД, які працюють на засадах загальної лікарської практики сімейної медицини.

Станом на 01. 01. 2011 р. кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги загальної практики – сімейної медицини складає в Україні 4581, із них в сільській місцевості – 3984, а у міських поселеннях – 597 закладів. Із 45598200 всього населення України, якому надається ПМСД на засадах ЗПСМ, чисельність прикріпленого населення на 1 штатну посаду лікарів ЗПСМ 18484473, що складає 40,54 % від всього населення України. Навантаження на одного лікаря загальної практики

сімейної медицини 1679,15 населення, із них в сільській місцевості – 1720,93, а в міських поселеннях – 1602,61. Залишається гострою проблема кадрового забезпечення. Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами становить 78,31 % щодо потреби. Укомплектованість посад сімейних медичних сестер фізичними особами складає 13058 (92,78 %) на 14074,5 штатних посад. Співвідношення штатних посад лікарів ЗП/СМ до штатних посад медичних сестер ЗП/СМ 1:1,28 при нормі 1:2,42 [212].

Розвиток мережі закладів ПМСД у 2007-2011рр. в Україні представлено в табл. 3.1 [123]:

Таблиця 3.1

Розвиток мережі закладів ПМСД в Україні (2007-2011 рр.)

Рік	2007	2008	2009	2010	2011
К-сть закладів	3966	4228	4404	4581	4589

У січні 2011 р. започатковано пілотний проект розвитку медичної галузі, відповідно до закону України „Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві“. У межах дослідження вважаємо доцільним розгляд стану розвитку сімейної медицини в пілотних регіонах.

Так, у Вінницькій області первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини надавалась в 2010 році 1 млн. 45 тис. 595 особами, з них 185 тис. дітей. Станом на 01.01.2011 р. мережа первинної ланки області включає 27 поліклінік при ЦРЛ, 8 – при районних лікарнях, 40 амбулаторій при дільничних лікарнях, 22 міські поліклініки та 184 амбулаторії, з них 177 амбулаторій ЗПСМ. Всього функціонує 281 амбулаторно-поліклінічний заклад. У 92,9 % з них здійснюють діяльність дільниці чи відділення ЗПСМ, зокрема: 261 заклад та підрозділ сімейної медицини, з яких 177 амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та 85 дільниць і відділень при дільничних лікарнях та поліклініках [160].

З метою підвищення рівня ефективності доступності медичної допомоги, раціонального та доцільного використання наявних ресурсів розпочалося поступове розмежування як в структурних, так і в фінансових мережах надання медичної допомоги. Це відбувається шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), відповідно Розпорядження від 12.11.2010 р. № 519 „Про

заходи щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги “, яким передбачено створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги [59, 200].

У 24 районах області рішенням сесій районних рад на 1.01.2011 р. створено центри як самостійні юридичні особи, а в 3-х районах як структурні підрозділи ЦРЛ (Немирівський, Теплицький, Шаргородський райони). За 5 останніх років реорганізовано 25 ФАПів в амбулаторії ЗПСМ. В області ще нараховуються 95 ФАПів, які обслуговують 1000 чол. населення і більше [160]. Лікарями загальної практики-сімейної медицини надається медична допомога за такими профілями, як терапевтичний – 64,1 %, педіатричний – 22,5 %, неврологічний – 4,2 %, отоларингологічний, хірургічний, акушерсько-гінекологічний профіль – від 1,6 % до 2,6 %.

Зменшився рівень госпіталізації з 89,4 у 2009 р. до 81,3 на 1000 населення у 2010 р. та число звернень до швидкої медичної невідкладної допомоги на 1000 населення з 124,2 до 122,1, в т.ч., хворих з приводу хронічних захворювань з 23,5 % до 21,6 %, що свідчить про планомірне виконання функцій закладами первинної медико-санітарної допомоги. Відвідування сімейного лікаря дорослим населенням з профілактичною метою становить 31,25 % (2009 р. – 30,7 %), дітьми – 43,14 % [160].

У Вінницькій області упродовж 2001-2010 рр. проведена значна робота щодо підготовки кадрів з сімейної медицини: підготовлено на циклах спеціалізації 618 лікарів та 850 медичних сестер, в т.ч. в 2010 р. – 28 лікарів та – 80 медичних сестер. У Вінницькому обласному центрі післядипломної освіти медичних працівників у 2010 р. пройшли курси сімейної медицини 234 середніх медичних працівників, з них 80 – закінчили курси спеціалізації по ЗПСМ. Серед медичних сестер загальної практики сімейної медицини питома вага в вищій категорії збільшилась з 60,7 % до 62,8 % [160]. Співвідношення лікарів та медичних сестер при нормативі 1: 2, по області становить 1 до 1,38. Показник забезпеченості медичними сестрами по області складає 5,53 на 10 тис. населення, а середньорайонний – становить 8,6.

Отже, першим етапом проекту стало розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги в області, створення центрів первинної медико-санітарної допомоги в усіх районах області. До центрів ПМСД увійшли структурні підрозділи 262 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини та 921 фельдшерсько-акушерський пункт і фельдшерський пункт. Станом на 01.01.2012 р. в

області функціонувало 27 таких центрів, а з січня 2012 р. створено 7 центрів у м. Вінниці. [59].

Другий етап розпочато в наприкінці 2012 – на початку 2013 рр. Він передбачає формування і створення госпітальних округів у межах обслуговування від 100 тис. жителів. Третій етап (2013–2014 рр.) характеризується створенням єдиного медичного простору, агенції з експертизи якості медичної допомоги та розробкою раціонального медичного маршруту пацієнта. На цьому етапі має розпочатися підготовка до запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування [115].

У Донецькій області розвиток сімейної медицини здійснюється на основі нормативної державної бази на виконання п. 7 Указу Президента України від 06. 12. 2005 р. № 1619/2005 „Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення“ [240]. Станом на 01.01. 2011 р. в області працює 214 закладів ЗПСМ: 112 амбулаторій, 60 лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) із сімейними дільницями, 42 ЛПЗ, що мають відділення загальної практики сімейної медицини. У 2010 р. започатковано діяльність 17 закладів сімейного типу: одна амбулаторія, 14 ЛПЗ із сімейними дільницями, 2 ЛПЗ, що мають відділення загальної практики сімейної медицини. Із 4453855 населення області сімейними лікарями обслуговується 922185. Питома вага обслуговуваного населення сімейними фахівцями складає 20,7%; сільського населення – 70 %, дитячого – 16,6 %, засвідчує зростання відповідно на 2,3 %, 1,7 %, 1,2 % [161].

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами із 22,5 в 2002 р. зросла до 588,75 у 2010 р., проте все ще складає 69,1 % від потреби галузі. Сільські амбулаторії недоукомплектовані лікарями на 42,5 % і медичними сестрами на 18 %. Відчувається недостатність і медсестринських кадрів. Укомплектованість штатних медсестринських посад фізичними особами із 69,25 в 2002 р. зросла до 777,25 у 2010 р., проте все ще складає 85,3 %. У 2010 р. проліковано в системі загальної практики сімейної медицини 956308 пацієнтів, що на 8,4 % більше попереднього року. У середньому кожен хворий відвідав лікаря 2,7 рази. Відвідування у разі захворювання збільшилося на 15,8 % порівняно з 11 % у минулому році, що свідчить про зростання функції закладів ЗПСМ. У 2010 р. сімейна медицина Донецької області профінансована 75,800 млн. грн., що на 20,8 млн. грн. більше ніж у попередньому році. Заплановано подальший розвиток сімейної медицини Донецької

області. На 2011 р. передбачена реорганізація 81 закладу: 17 амбулаторій ЗПСМ, 50 ЛПЗ з дільницями (139), 14 ЛПЗ з відділеннями [161].

Також нами проаналізовано розвиток сімейної медицини Дніпропетровської області. Відповідно до Закону України „Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року” та наказу Міністерства охорони здоров’я України від 30.08.2010 № 735 „Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги” [68, 135] упродовж 2010 р. в області здійснювалися заходи з оптимізації мережі та ліжкового фонду закладів охорони здоров’я [162]. Програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Дніпропетровській області на період до 2011р. прийнято 6 серпня 2010 р. (рішення сесії Дніпропетровської обласної ради від 06.08.10 № 744-26/У). Мережа закладів ЗПСМ становить 212 закладів ЗПСМ проти 185 закладів за аналогічний період 2009 року. У сільській місцевості – 169 (80 %) закладів, в тому числі самостійних амбулаторій ЗПСМ – 137 (84 %). Сімейними лікарями обслуговується 20 % населення області, у тому числі населення сільської місцевості – 72 %.

29 травня 2010 р. проведено колегію облдержадміністрації з питання надання первинної медико-санітарної допомоги населенню області, впровадження засад сімейної медицини; прийнято розпорядження голови облдержадміністрації від 04. 06. 2010 № Р-252/0/3-10 „Про формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної первинної медико-санітарної допомоги”; видано доручення голови облдержадміністрації від 09.06.2010 № 07-66/0/35-10 „Про реалізацію пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров’я області”. Рішенням обласної ради від 06.08.2010 № 744-26/V прийнято Програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Дніпропетровській області на період до 2011 року. 9 вересня проведено семінар-нараду з головами райдержадміністрацій, міськими головами з питання реформування системи охорони здоров’я області, за результатами якого видано доручення першого заступника голови ОДА від 16.09.2010 р. № 07-5274/0/2-10; 2 грудня проведено нараду голови облдержадміністрації з керівним складом ОДА та обласної ради з питання реформування галузі охорони здоров’я області. Організовано щомісячний моніторинг виконання заходів з оптимізації та структурної реорганізації закладів охорони здоров’я адміністративних територій;

затверджено план заходів щодо подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2009 – 2011 рр.

На виконання розпоряджень в Дніпропетровській області відкрито 31 заклад загальної практики – сімейної медицини, зокрема, у сільській місцевості – 26 (84 %). Мережа закладів сімейної медицини становить 212 закладів, у сільській місцевості – 169 (80 %), в тому числі самостійних амбулаторій сімейної медицини – 137 (84 %). Реорганізовано 43 малопотужних заклади (39 фельдшерських пунктів, 4 сільські лікарські амбулаторії), відкрито 250 ліжок денного стаціонару, скорочено 472 стаціонарних ліжка, в тому числі у медичних закладах сільських районів – 122 ліжка, у 12 районах організовано надання пологової допомоги у міжрайонних пологових центрах. Отримали статус юридичної особи 102 (62,5 %) лікарські амбулаторії, 21 (72,4 %) дільнична лікарня. Ліцензію на право використовувати наркотичні та психотропні засоби отримали 8 (27,5 %) дільничних лікарень, 27 (16 %) лікарських амбулаторій. Поліпшено матеріально-технічний стан та оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги: придбано обладнання на суму 1718,3 тис. грн., медикаменти для надання невідкладної допомоги – на суму 3187,9 тис. грн.; проведено ремонти та реконструкції 150 закладів на суму 4974,8 тис. грн.; розподілено 260 од. медичного обладнання, закупленого в рамках інвестиційного проекту у 2009 р., на загальну суму 11 млн. грн.; заклади сімейної медицини отримали 52 од. автотранспорту; телефонізовано 498 (98,8 %) фельдшерсько-акушерських пунктів, не телефонізовано 6 фельдшерських пунктів (2 – у Васильківському районі, 4 – у Петропавлівському). Здійснено заходи щодо підготовки сімейних лікарів, підвищення їх кваліфікації та проведення атестації: отримали спеціалізацію за фахом загальна практика – сімейна медицина 23 лікарів, в тому числі 18 лікарів з сільської місцевості; підвищили кваліфікацію 36 та атестовані 27 сімейних лікарів. Після інтернатури направлено у заклади сімейної медицини 10 лікарів. Протягом поточного року отримали житло 50 медичних працівників, у тому числі – 34 медичні працівники сільських районів області. Проведено всеукраїнську науково-практичну конференцію „ Від науки до практики “ 20 – 21.05.2010 р., третій обласний конкурс на кращого сімейного лікаря. Видано 181 цільове направлення для жителів сільської місцевості для вступу до вищих медичних навчальних закладів III – IV рівня акредитації, що у 4 рази перевищує квоту Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечено

реалізацію положень Бюджетного кодексу України від 08.07.2010 № 2456-VI у частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги. Здійснено передачу сільських закладів охорони здоров'я у спільну власність територіальних громад району та прийнято відповідні рішення стосовно їх фінансування з районних бюджетів у 22 районах області [162].

Всього працює лікарів – 278, при потребі 2107 і сімейних медичних сестер 361, за потреби – 4214 фахівців. Необхідно підготувати – 1829 сімейних лікарів та 3853 медичних сестер загальної практики сімейної медицини [162].

Наказ Дніпропетровського міського управління охорони здоров'я від 11.02.2011 р. № 132 „Про налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної медичної допомоги переважно на засадах сімейної медицини“ свідчить про планомірний розвиток сімейної медицини в регіоні. У 2011 р. в межах виконання Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Дніпропетровській області на період до 2011 р. буде продовжено формування оптимальної мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги, створення мережі сімейних амбулаторій, наближених до місця проживання населення, створення юридично самостійних центрів первинної медико-санітарної допомоги. Передбачено з 2011 р.: реорганізацію 182 малопотужних ФАП, які обслуговують до 300 осіб, у медпункти та об'єднання з іншими закладами; реорганізацію у ФАП 17 сімейних лікарських амбулаторій, до яких прикріплено менше 1000 осіб; перепрофілювання 22 ФАП, що обслуговують більше тисячі осіб, у лікарські амбулаторії ЗПСМ; перепрофілювання 29 дільничних лікарень у лікарські амбулаторії ЗПСМ, заклади медико-соціальної допомоги або хоспіси відповідно до потреб населення; перепрофілювання в підрозділи ЗПСМ терапевтичних та педіатричних дільниць 275 амбулаторно-поліклінічних закладів міст та районів області; формування 55 центрів ПМСД [162].

На виконання вищезазначеного наказу МОЗ України № 735 проводиться формування оптимальної мережі закладів вторинного рівня надання медичної допомоги з урахуванням інтенсивності надання медичних послуг, створення мережі госпітальних округів, здійснення заходів щодо удосконалення системи надання екстреної медичної допомоги та інше [135].

За умови прийняття Закону України „Про затвердження у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях експерименту з реформування системи охорони здоров'я“, який нині опрацьовується, розпочнеться здійснення заходів з реформування системи охорони здоров'я області, передбачене Постановою Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 № 208 „Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я“.

Варто зазначити, що розмежування рівнів надання медичної допомоги сприятиме створенню системи надання населенню доступних та високоякісних медичних послуг на засадах сімейної медицини, що забезпечить зменшення потреби в дорогих видах медичної допомоги. Це передбачає забезпечення координації лікарем сімейної медицини та сімейною медичною сестрою надання пацієнтам спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги, збільшенню питомої ваги медичних послуг на первинному рівні, покращення роботи з профілактики захворювань, доступності медичної допомоги, особливо у сільській місцевості.

Досліджуючи Житомирський регіон, ми проаналізували створення та розширення мережі закладів первинної медико-соціальної допомоги, кадровий потенціал, матеріально-технічну базу. Починаючи з 2001р. в області започаткували надання первинної медико-соціальної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини. Проведене дослідження поетапного створення закладів первинної медико-соціальної допомоги засвідчило наступне.

Якщо в 2000 р. в Житомирській області функціонувало 22 заклади ПМСД, то за 2001 р. відкрито ще 30, а в 2010 р. їх налічується уже 239. На тлі збільшення кількості закладів ПМСД спостерігається зниження показника щорічного приросту (для порівняння 24 у 2007 р. до 3-х у 2010 р.), що пояснюється зменшенням наявних закладів ПМСД, які підлягають перепрофілюванню (рис. 3.5).

Розглянемо спочатку загальноукраїнські показниками. У 2006-2008 рр. в Україні збільшилася кількість закладів ПМСД на засадах ЗЛП/СМ з 3594 у 2006р. до 4228 у 2008 р., тобто на 634 (17,6 %) заклади більше. Станом на 01.01.2009 р. кількість таких закладів в Україні становила 3625 – у сільській місцевості та 603 – у містах. Найбільш активне зростання зареєстровано у Дніпропетровській – 63 заклади (61,3 %), Черкаській – 43 заклади (47,8 %), Чернівецькій – 46 закладів – 42,2 %, Львівській – 68 закладів (61,2 %), Луганській – 28 закладів (41,8 %). Для порівняння кількість закладів ПМСД на 1.07.2009 р.: Вінницька обл.

- 216; Дніпропетровська - 166; Донецька - 186; Житомирська - 232 [175, с. 78].

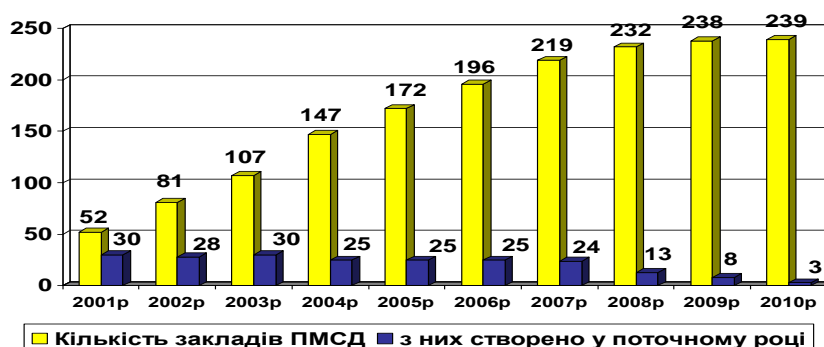


Рис. 3.5 Кількість закладів ПМСД (по Житомирській області 2001-2010 рр.)

Усього в Україні - 4228 закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини станом на 01.07.2009 р., з них у сільській місцевості - 3625, у міських поселеннях - 603. Переважна більшість закладів (підрозділів) сімейної медицини (85 %) розташована у сільській місцевості. На базі діючих закладів ПМСД в Україні функціонує 9438 лікарських дільниць, з яких 1982 (26,6 %) створено впродовж 2006-2008 р. [175, с. 81]. У Житомирській області станом на 2001 р. створено 153 сімейні дільниці. Проте завдяки злагодженій політиці УОЗ наприкінці 2010 р. таких дільниць успішно функціонувало вже 596 (зростання на 74,3 %) (рис. 3.6).

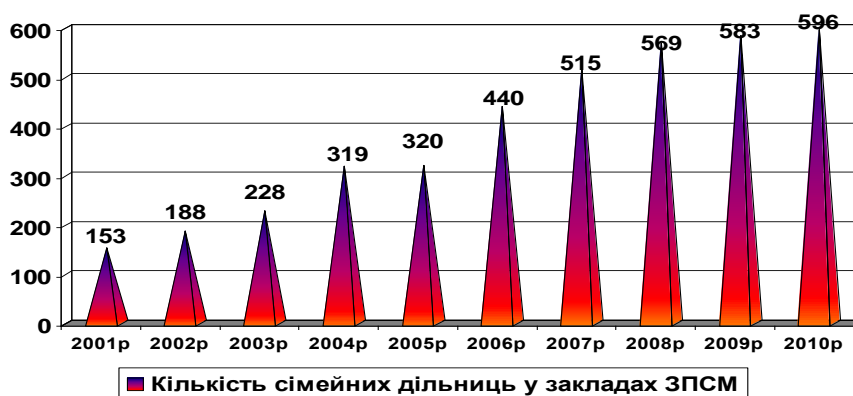


Рис.3.6 Кількість сімейних дільниць у закладах ПМСД

Кількість ліжок денного стаціонару в закладах ПМСД на засадах ЗПСМ в Україні станом на 1.01.2009 р. складає 24009 (абсолютна динаміка - 4667, темп приросту - 24,1 %).

За досліджуваний період (2001-2010 рр.) на 73 % в Житомирському регіоні зростає кількість ліжок денних стаціонарів у закладах загальної практики сімейної медицини (рис. 3.7), що засвідчує зростання потенціалу закладів ПМСД тільки в Житомирській області в середньому в 3,7 рази.

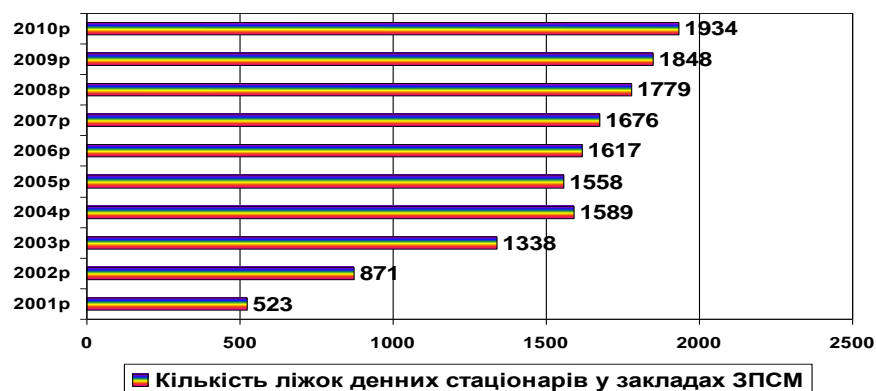


Рис. 3.7 Кількість ліжок денних стаціонарів у закладах ПМСД (по Житомирській області)

Сучасний стан і реформування охорони здоров'я України потребує чіткого визначення пріоритетів у розвитку медичної допомоги на засадах сімейної медицини, впровадження нових ефективних медичних технологій, формування здорового способу життя. Основним чинником функціонування системи охорони здоров'я МОЗ України вважає забезпеченість населення кваліфікованими кадрами [175, с. 84].

Нагальність вирішення цієї проблеми вимагає значного збільшення кадрового потенціалу лікарів та медичних сестер загальної практики сімейної медицини, що здійснюють медичне обслуговування первинного рівня. З цією метою запроваджується система перепідготовки кадрів, курсів спеціалізації та підвищення кваліфікації медичного персоналу ПМСД на засадах сімейної медицини.

Нами проаналізовано укомплектованість штатних посад сімейних лікарів і сімейних медичних сестер фізичними особами. Забезпеченість сімейними медичними сестрами медичних закладів первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини станом на 1.01.2009 р. по Україні така: кількість штатних посад – 12730,5; кількість фізичних осіб на штатні посади – 11678 [175]. МОЗ, провівши розрахунки, рекомендує обслуговування дільниці одним сімейним лікарем і двома медсестрами з розрахунку на 1,5 тисячі населення.

Однак, у м. Тернополі діючі 101 лікар сімейної медицини при потребі 118 і 95 медсестер при потребі 236, що за показниками забезпеченості кадрами становить 85,59 % лікарями та 40,25 % медсестрами [10].

А номінуючи належну якісну і кількісну підготовку кадрів сімейної медицини, здатних вирішувати всі завдання в контексті сучасних світових стратегій розвитку ПМСД, що має сприяти успішній реалізації завдань галузі виявлено, що показник забезпечення населення установами ПМСД залишається в 4 рази, а чисельність лікарів СМ у 1,5 рази меншим, ніж у середньому у країнах Європейського регіону. Показник співвідношення лікарів СМ до лікарів інших спеціальностей залишається на рівні 10:90, а показник їх питомої ваги в структурі їх загальної кількості лікарів – близько 4 % при показниках у середньому 50:50 і близько 50 % відповідно в країнах Європейського регіону, США та Канади. У таких умовах набуває актуальності формування нового покоління кваліфікованих медичних кадрів сімейної медицини як на до дипломному, так і на післядипломному рівнях із врахуванням стандартів Всесвітньої Федерації Медичної освіти та ВООЗ.

Забезпечення реалізації підготовки спеціалістів сімейної медицини з високим рівнем їх компетентності, впровадження сучасних стратегій інтегрального підходу до лікування та профілактики захворювань, сприятиме підвищенню якості та доступності надання медичної допомоги населенню [32]. За період з 2002 по 2010 рр. укомплектованість штатних посад сімейних лікарів і сімейних медичних сестер фізичними особами по Житомирській області наведені в діаграмі (рис. 3.8).

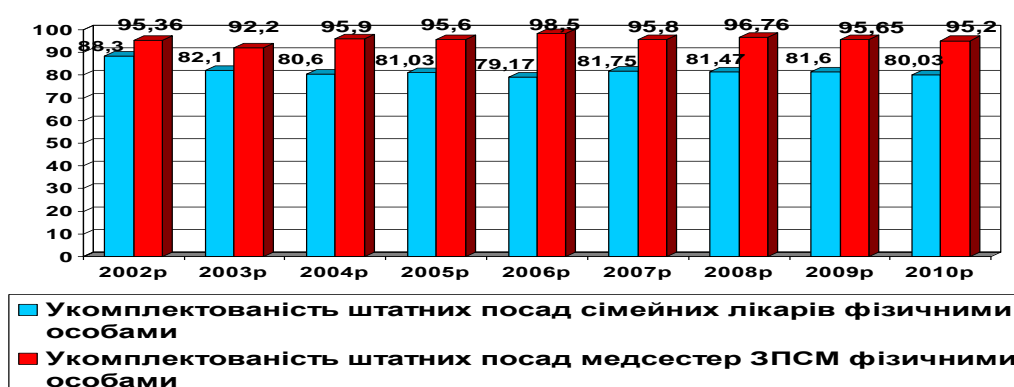


Рис.3.8 Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів і сімейних медичних сестер фізичними особами по Житомирській обл. (2002-2010 рр.)

Порівнявши показники попередньої й наступної діаграми в Житомирській області робимо висновки про стрімке зростання кількості лікарів та медичних сестер загальної практики сімейної медицини

однак зазначаємо про невідповідність кількості фізичних осіб штатним посадам, а також неповну комплектацію кадрами в системі ЗПСМ. Кількість фізичних медичних сестер за досліджуваний період збільшилося в 1,9 рази, хоча цей показник все ще не відповідає нормативним вимогам (рис. 3.9).

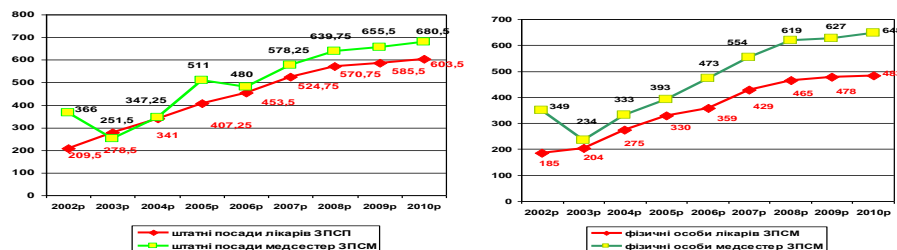


Рис. 3.9 Порівняльна характеристика штатних посад і фізичних осіб лікарів і медсестер ЗПСМ по Житомирській області (2002-2010 рр.)

Відповідно до наказу МОЗ України за № 33 від 23. 02. 2000 р. „Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я“ затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів загальної практики (сімейної медицини). Станом на 1.01.2009 р. показник охоплення населення ПМСД становив в цілому по Україні 35,79 %. Ми не ставили за мету досліджувати їх відповідність, проте проаналізували загальну кількість населення, якому надавалася медична допомога на засадах ЗПСМ (рис. 3.10).



Рис. 3.10 Кількість населення, якому надавалась медична допомога на засадах ЗПСМ (по Житомирській області)

Аналізуючи наведені дані, робимо висновки, що в Житомирській області щорічно інтенсивно зростає кількість населення, якому надається медична допомога на засадах ЗПСМ. Так, станом на 01 січня 2011 р. в чотири рази збільшилася кількість населення, якому надається медична допомога спеціалістами загальної практики сімейної медицини, порівняно з 2001 р. Про це переконливо свідчать і показники

питомої ваги населення, якому надавалась медична допомога на засадах ЗПСМ (в Житомирській обл. за 2001-2010 рр.) (рис. 3.11).

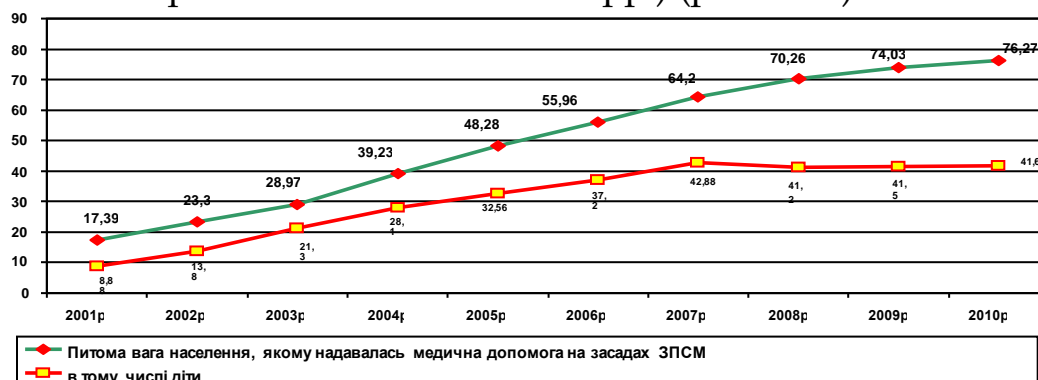


Рис. 3.11 Питома вага населення, якому надавалась медична допомога на засадах ЗПСМ (у Житомирській обл. за 2001-2010 рр.)

Очевидним є той факт, що для прийому зростаючої кількості відвідувачів на первинному рівні вимагається збільшення кількості висококваліфікованого медичного персоналу (сімейних лікарів і сімейних медичних сестер), які мають надавати висококваліфіковану медичну допомогу. Лікар загальної практики – сімейної медицини працює в тісній співпраці з медичними сестрами, посади яких вводяться з розрахунку три особи на одну посаду лікаря загальної практики – сімейної медицини [148, 194].

У 2015 р. прогнозується підвищення рівня співвідношення чисельності лікарів і медичних сестер до 1:2,42. Концепція розвитку галузі охорони здоров'я і положення Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації“ декларується підвищення цього показника, але поки що тенденція залишається негативною і свідчить про такий показник, як 1:2,40 [134, с.87-89].

У Житомирській області співвідношення чисельності лікарів і медичних сестер в середньому за досліджувані роки складає 1:1,33, що не відповідає встановленим нормам (рис.3.12).

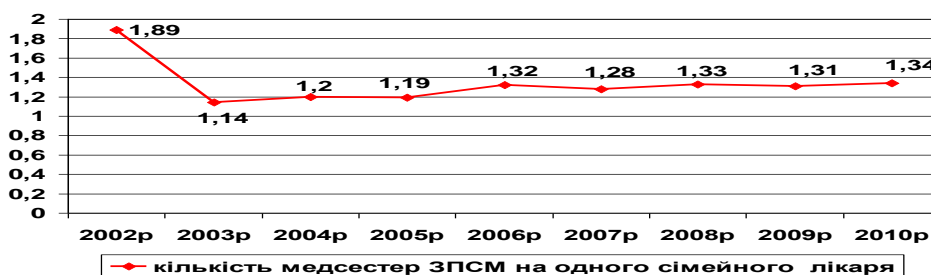


Рис. 3.12 Кількість медсестер ЗПСМ на одного сімейного лікаря (по Житомирській обл. за 2001-2010 рр.)

У ході впровадження I етапу реформування з метою усунення виявлених проблем у галузі охорони здоров'я великого значення набуває вертикальній управлінню, в основі якої – контроль якості надання медичної допомоги і економічні важелі. Адміністрації лікувально-профілактичних закладів міст та районів мають забезпечувати організаційний та методичний супровід: перевіряти, контролювати, розглядати на медичних радах, приймати своєчасні і радикальні управлінські рішення тощо.

З метою забезпечення ефективності проведення реформування охорони здоров'я варто створювати єдиний медичний простір, що виключає дублювання медичних послуг на території району обласними відомчими та комунальними закладами охорони здоров'я.

Організація та стан надання первинної медико-санітарної допомоги в лікарських амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини повинна відповідати основній функції амбулаторії сімейної медицини (наказ МОЗ України від 23. 07. 2001 р. № 303 „Про організацію роботи закладів (підрозділів загальної практики – сімейної медицини“). Зазначене передбачає надання населенню, прикріпленому за сімейно-територіальним принципом, кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги в умовах амбулаторії та вдома, вимагає від медичних працівників ведення журналів викликів та тісної співпраці з закладами швидкої медичної допомоги, ведення прийому пацієнтів на фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктах. Швидкість та оперативність надання медичної допомоги населенню має забезпечуватися наявністю у закладах ПМСД транспорту.

Особлива увага на державному рівні має надаватися на соціальному забезпеченню та захисту медичних працівників, їх здоров'я, честі і гідності. В охороні здоров'я середня заробітна плата становить 1500 грн., що знижує мотивацію медичних працівників до зацікавленості в змінах.

Надання невідкладної медичної допомоги при загрозливих для життя станах, нещасних випадках (наказ МОЗ України від 17. 01. 2005 р. № 24 „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Медицина невідкладних станів“) має здійснюватися відповідно до протоколів за умови забезпечення лікувальних закладів всіма необхідними медикаментами та обладнанням.

Проведення комплексу профілактичних заходів щодо попередження захворювань та раннього виявлення захворювань має забезпечуватися сучасною діагностичною апаратурою та обладнанням, передбачає ведення обліку обстежень, призначень фізіотерапевтичних

процедур, проведення флюорографічного обстеження, профілактичного щеплення тощо.

Варто зазначити, що реформування медичної сфери в установленому законодавством порядку перепрофілювання в заклади загальної практики – сімейної медицини упродовж 2011 року лікарських дільниць, поліклінік міських лікарень, дільничних, центральних районних та центральних міських лікарень, сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують більше тисячі осіб. Відповідно до Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини має бути продовжено організацію та забезпечити ефективного функціонування в закладах загальної практики – сімейної медицини ліжок денного перебування (відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2001 р. № 72 „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“), оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги, в першу чергу, сільських лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів обладнанням та автотранспортом за рахунок державного та місцевих бюджетів, забезпечити підвищення кваліфікації лікарів первинної ланки сільських закладів охорони здоров'я, в першу чергу сімейних лікарів, з питань нагляду за вагітними та дітьми, запобігання небажаної вагітності, підтримки грудного вигодовування, надання невідкладної допомоги шляхом тематичного вдосконалення на курсах підвищення кваліфікації, виїзних семінарах та тренінгах. Зазначене має забезпечити рівень підготовки медичних сестер сімейної медицини відповідно до кваліфікаційних вимог для даної категорії спеціалістів, функціонування закладів загальної практики – сімейної медицини відповідно до чинного законодавства України та галузевих стандартів (затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.2001 р. № 303 „Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини“ та від 23.02.2001 р. № 72 „Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини“) удосконалити систему управління та організаційно-методичний супровід закладів первинної медико-санітарної допомоги (дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, лікарські амбулаторії загальної практики – сімейної медицини), як в сільській місцевості, так і в містах України;

Аналіз укомплектованості медичними сестрами сімейної медицини як в окремих регіонах, так і в Україні в цілому свідчить про невідповідність нормативним вимогам і гостру потребу у підготовці

медичних сестер загальної практики – сімейної медицини шляхом спеціалізації та підвищення кваліфікації на кафедрах післядипломної освіти.

Показник забезпеченості населення Європейського регіону ВООЗ медсестрами дорівнює 67,0 на 10 тис., у країнах ЄС – 73,1; СНД – 78,5 на 10 тис.; в Україні – 98,29 [295, с. 63]. Зазначена статистика актуалізує проблему у недостатності медсестринських кадрів на засадах сімейної медицини, зумовлює потребу у подальшому науковому аналізі процесу підготовки медичних сестер сімейної медицини в системі фахової та неперервної медичної освіти, з огляду на необхідність повної комплектації штатних одиниць закладів сімейної медицини фізичними особами на умовах їх високої професійно-педагогічної компетентності.

3.2. Технологія формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Актуальність проблема підготовки медсестринських кадрів для роботи в сімейній медицині стає все більш актуальною, насамперед, пов'язана з потребою суспільства реформувати медичну галузь. У зв'язку з її реорганізацією та перехід на трьохрівневу систему надання медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) виникла необхідність підготовки кадрів для роботи в сімейній медицині, оскільки первинна медико-санітарна допомога буде складати понад дві третини від загального надання медичної допомоги населенню України [185].

З цією метою, як зазначалося вище, в Україні проведено ряд заходів, зокрема розроблений та впроваджений пілотний проект первинної ланки по переходу на сімейну медицину, розроблено Концепцію та створено Державну програму з реорганізації [74].

Окрім того, до основних проблем віднесемо і недостатність теоретичної обґрунтованості проблеми дефіциту медсестринських кадрів для сімейної медицини (зокрема і в питаннях їх професійно-педагогічної компетентності), а також відсутність належного методичного і наукового забезпечення навчально-виховного процесу, спрямованого на оновлене надання медичної допомоги населенню.

За таких умов вивчення проблеми компетентності медичної сестри, психологічних механізмів та педагогічних засобів формування професійно-педагогічної компетентності стає одним із пріоритетних завдань наукових досліджень.

Професійна фахова підготовка медичних сестер, орієнтованих на діяльність в системі сімейної медицини, має враховувати освітні потреби та запити медсестринської галузі. Створивши умови для навчання студентам медсестринських відділень з метою їх професійного самовизначення, варто постійно контролювати навчально-виховний процес та, за потреби, коректувати, реалізувавши зміни у цілях, змісті, структурі та його організації. Викладені вище положення призвели до усвідомлення необхідності вдосконалення системи медсестринської освіти, що, в свою чергу, вимагає створення відповідної технології формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини.

Технологічний підхід було обрано нами тому, що педагогічна технологія функціонує і як науковий підхід, що досліджує найбільш раціональні шляхи навчання, і як система способів, принципів, що регулюють процес навчання, і як реальний процес навчання. Поняття „ педагогічна технологія “ може бути представлено трьома аспектами: *науковим* – як частина педагогічної науки, що вивчає і розроблює цілі, зміст та методи навчання і проектує педагогічні процеси; *процесуально-описовим* – як алгоритм процесу навчання, сукупність цілей, змісту, методів та засобів досягнення запланованих результатів; *процесуально-дієвим* – як здійснення педагогічного процесу, функціонування всіх особистісних, інструментальних та методологічних засобів.

Для вирішення конкретного навчально-виховного завдання застосовується педагогічна технологія. У ній систематизовано педагогічні форми ,методи, засоби і педагогічного процесу, які застосовуються поетапно, в певній єдності між собою та спрямовані на досягнення очікуваного результату [61, с. 111].

Дослідниками, зокрема Г. К. Селевком [206], виділяються основні критерії, за якими будуються педагогічні технології, а саме: *концептуальність* (наявність креативної ідеї наукового пошуку); *системність* (логіка процесу, взаємозв'язок його частин, цілісність); *керованість* (можливість діагностичного цілепокладання, проектування процесу навчання, поетапної діагностики, варіювання засобами та методами з метою корекції результатів); *ефективність* (визначення показника оптимальності навчальної методики); *відтворюваність* (можливість застосування розробленої технології іншими викладачами) [206, с. 17].

Отже, педагогічна технологія розглядається нами як системна і послідовна реалізація на практиці проекту певної педагогічної системи

професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Системний підхід охоплює всі напрями навчального процесу – від постановки цілей і конструювання змісту, засобів до перевірки ефективності роботи розроблених навчальних систем [235, с. 6].

Запропонована технологія (рис. 3.13) базується на сучасних концепціях навчально-виховного процесу в медичній професійній освіті. Формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки на основі технологічного підходу передбачає дослідження всіх аспектів цього процесу, починаючи з постановки цілей, проектування навчального процесу до перевірки ефективності створеної дидактичної системи. Визначаємо компоненти запропонованої технології: мотиваційно-цільовий, змістовий, процесуальний, контрольно-оцінний, результативний, метою якої є сформувати професійно-педагогічну компетентність медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Мотиваційно-цільовий компонент передбачає проектування: стратегічних, тактичних та оперативних цілей навчання студентів відповідно до розробленої моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки на основі усвідомленої мотивації.

Мотиваційний підкомпонент охоплює чинники, які спонукають студентів до цілеспрямованої і систематичної фахової підготовки медичної сестри, що забезпечить її професійно-педагогічну компетентність для реалізації практичної діяльності в сімейній медицині.

Цільовий підкомпонент структури технології спрямований на підготовку майбутньої медичної сестри, здатної здійснювати професійну теоретичну, практичну, науково-методичну діяльність в сімейній медицині на основі сформованої професійно-педагогічної компетентності.

Змістовий компонент структури технології визначає зміст навчального матеріалу, що відповідає дидактичній меті. Зміст навчання регламентований навчальною програмою, однак може змінюватися і доповнюватися відповідно до нормативних документів, виходячи із поставленої мети для реалізації поставлених завдань.

Розділ 3. Експериментальна перевірка ефективності моделі формування професійно-педагогічної компетентності студентів медсестринського відділення

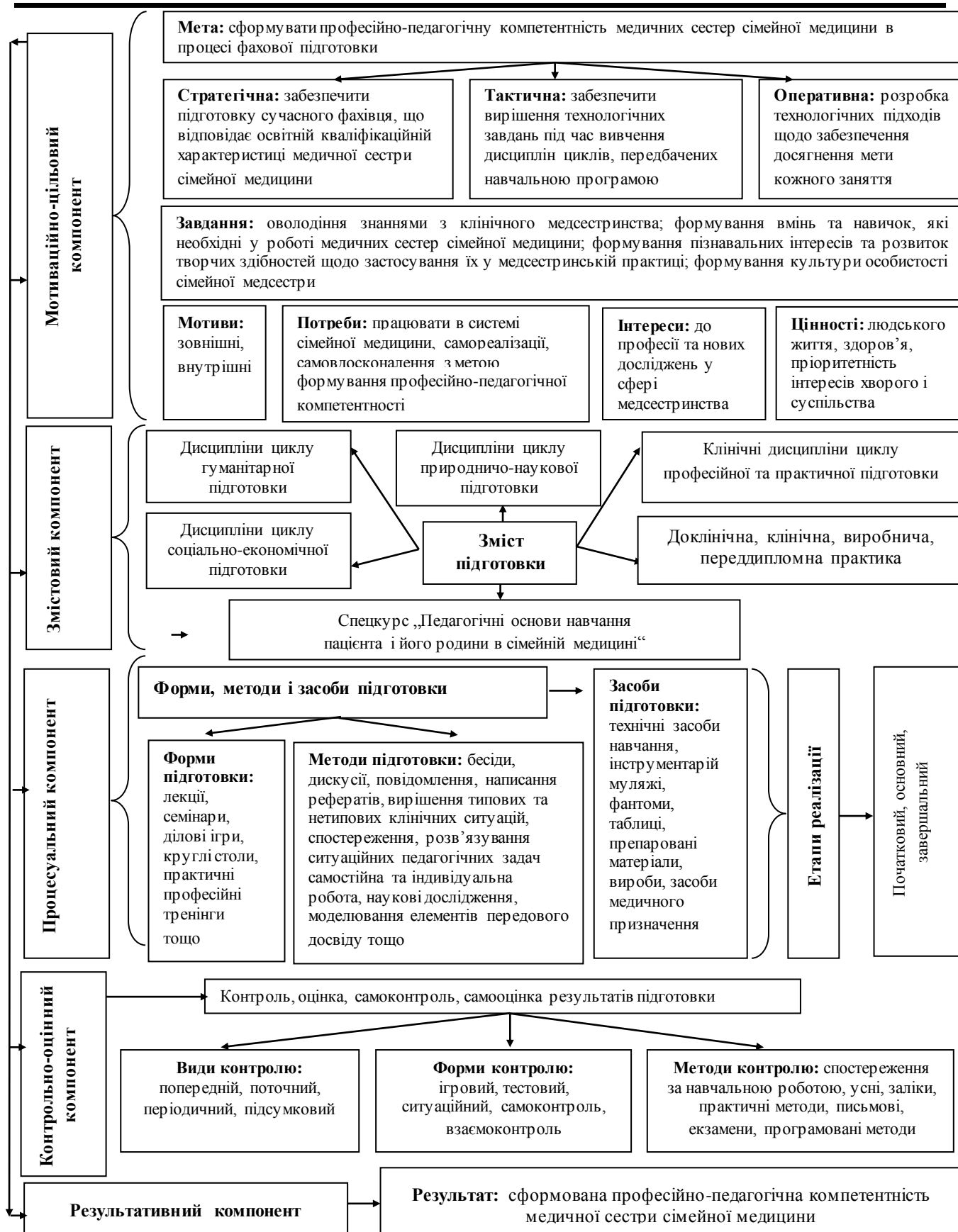


Рис. 3.13. Технологія формування професійно-педагогічна компетентність медичної сестри загальної практики сімейної медицини

Удосконалення змісту дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки з метою формування професійно-педагогічної компетентності в процесі фахової підготовки медичної сестри, а також розробку спеціального курсу “Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині” сприятиме реалізації поставленої мети.

Процесуальний компонент вміщує різноманітні види, форми, методи, прийоми, засоби професійно-педагогічної підготовки, які спрямовані на реалізацію мети і відповідних завдань щодо формувати професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. До них віднесено: ділові ігри, тренінги, дискусії, індивідуальні, творчі завдання, мікрОВикладання, моделювання, завдання творчого та дослідницького характеру тощо. При цьому студенти оволодівають комплексом різноманітних методів, прийомів, засобів, які допоможуть їм організувати педагогічно доцільну взаємодію з пацієнтами та їх родинами, населенням сімейних дільниць, колегами. Такий підхід дозволяє створити для майбутніх медичних сестер ситуацію, за якої кожна з них зможе реалізувати свої можливості, виробити власну позицію, переконання щодо роботи в сімейній медицині, сформуватися як медична сестра – професіонал.

Контрольно-оцінний компонент спрямований на здійснення контролю та оцінки рівня сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, що супроводжується відповідною корекцією цього процесу.

Результативний компонент дає можливість засвідчити результат упровадженної технології формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки що засвідчує доцільність застосованої технології та реалізації розробленої моделі дослідження.

Докладно охарактеризуємо основні компоненти запропонованої технології.

Мотиваційно-цільовий компонент технології своїми складовими має мотивацію (зовнішню і внутрішню) та цілі.

Зовнішня мотивація визначається наявністю усвідомлення престижності професії медичної сестри, потреби суспільства в наданні медсестринської допомоги, що реалізується через обґрунтування актуальності кожної конкретної теми під час викладу матеріалу шляхом проведення виховних заходів медичного спрямування, зустрічей з медичними працівниками тощо.

Внутрішня мотивація характеризується: спрямованість на оволодіння професією через інтерес до неї, бажання самореалізуватися у майбутній професійній діяльності, задоволення від самого спілкування та допомоги пацієнту, коли пріоритетним визначається пацієнт, його потреби та проблеми; розумінням медичною сестрою необхідності створювати власне емпатійне поле діяльності і особистісної професійної значущості в одужанні пацієнта в процесі досягнення високих професійних результатів. Необхідний рівень мотивації забезпечує ефективне опанування знаннями, уміннями та навичками.

Проектуючи цілі та завдання процесу підготовки майбутньої медичної сестри до роботи в сімейній медицині та формування у неї професійно-педагогічної компетентності, нами було використано елементи розробленої американськими ученими під керівництвом Б. С. Блума підходи таксономії навчальних цілей у когнітивній сфері. Рівні сформованості у студентів професійно-педагогічної компетентності виділяються відповідно до визначених цілей. Системи цілей визначаються через певні види діяльності студентів і, на наш погляд мають такий вигляд технологічної побудови (табл. 3.2):

Таблиця 3.2

Категорії цілей у пізнавальній сфері

Категорії цілей	Змістовна інтерпретація категорій навчальних цілей
Репродуктивний рівень (знання)	Знають: визначення основних понять проблеми професійно-педагогічної діяльності в сімейній медицині – медсестринство, медсестринський процес; потреби та проблеми пацієнтів залежно від віку, статі, стану здоров'я; види та типи сімей, соціально-психологічні особливості сімейних і шлюбних стосунків та проблеми повних і неповних сімей; постановка медсестринських діагнозів та шляхи їх вирішення, типи пацієнтів і їх реакції на хворобу та лікування тощо. Визначають стратегії, форми, методи, засоби під час упровадження медсестринського процесу.
Адаптивний рівень (розуміння)	Розуміють особливості діяльності в сімейній медицині. Визначають та інтерпретують сутність основних понять проблеми на основі їх категорійного аналізу. Пояснюють залежність формування процесу професійно-педагогічної компетентності особистості

	від взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників. Усвідомлюють специфіку сімейної медицини та необхідність особистісного розвитку з метою формування професійно-педагогічної компетентності з подальшим застосуванням у практичній медсестринській діяльності.
Конструктивний рівень (застосування)	Складають психологічну, професійно-педагогічну характеристику медичної сестри сімейної медицини. Використовують знання сутності основних понять проблеми в процесі вирішення педагогічних ситуацій під керівництвом викладача, застосовуючи при цьому традиційні форми, методи і засоби для розв'язування стандартних клінічних і педагогічних ситуацій і проблем.
Творчий рівень, (аналіз)	Зіставляють категорії „медицина“, „медсестринство“, „сімейна медицина“, „медична сестра“, „професійно-педагогічна компетентність“, визначають взаємозв'язок між ними. Аналізують наукову літературу з проблем клінічного медсестринства, педагогіки, психології, виділяючи основне, акцентуючи увагу на особливостях формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Використовують набуті знання у нестандартних ситуаціях, при розв'язуванні складних професійно-педагогічних проблем під керівництвом викладача, застосовуючи при цьому нестандартні прийоми і засоби.
Дослідницький рівень (синтез)	Встановлюють логіко-структурну залежність між основними поняттями проблеми. Розробляють структурні схеми організації роботи окремої медичної сестри та вищого медичного навчального закладу в цілому з формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, пишуть реферати з проблем медсестринства, виступають з доповідями, повідомленнями. Розробляють індивідуальні програми роботи. Узагальнюють результати своєї роботи.
Оцінно-	Оцінюють значення своїх знань з проблеми

Розділ 3. Експериментальна перевірка ефективності моделі формування професійно-педагогічної компетентності студентів медсестринського відділення

узагальнюючий рівень (оцінка)	професійно-педагогічної компетентності в системі професійної підготовки, ґрунтуючись на чітких критеріях оцінки. Оцінюють позицію відомих педагогів та сучасних дослідників щодо підходів до проблеми професійно-педагогічної компетентності. Оцінюють результати власної діяльності.
-------------------------------	---

Серед *загальних цілей* формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки можна визначити такі:

- ознайомлення з основними поняттями та розвитком наукових поглядів на проблеми медсестринства, формування розуміння їх сутності, усвідомлення цілей, завдань, специфіки процесу практичної діяльності медичної сестри в сімейній медицині та шляхів їх реалізації;
- ознайомлення з проблемами сімейної медицини та станом її вирішення в Україні;
- усвідомлення сутності сімейної медицини та ролі медичної сестри у реалізації покладених на неї функцій і завдань;
- проведення диференційної діагностики етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики хвороб та патологічних станів відповідно до стандартів;
- розвинення деонтологічних уявлень та пошук деонтологічних підходів до вирішення наявних та потенційних проблем і задоволення потреб хворих пацієнтів з різними хворобами та патологічними станами;
- засвоєння етапів медсестринського процесу, пошук шляхів реалізації та впровадження їх в практичній діяльності;
- вибір шляхів вирішення клінічних стандартних та непередбачуваних ситуацій та розвинення почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій;
- підготовка майбутньої медичної сестри сімейної медицини до свідомого самостійного вибору оптимальних форм, методів і засобів професійно-педагогічної діяльності на дільниці.

З метою поглиблення набутих знань з педагогіки при вивченні спецкурсу "Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду ", майбутні медичні сестри сімейної медицини мають:

- ознайомитися з педагогічними підходами щодо діяльності медичної сестри-педагога по вирішенню проблем населення сімейної дільниці;
- усвідомити сутність форм, методів та засобів навчання та роль медичної сестри у реалізації покладених на неї функцій і завдань під час навчання пацієнта та його родини;
- досконало засвоїти інформацію про психологічні особливості пацієнта, його родини, населення дільниці, колег.
- оволодіти знаннями, які характеризують цілі та принципи організації навчання пацієнта, його родини, населення сімейної дільниці;
- усвідомити основні стратегії, форми та методи навчання пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду;
- проаналізувати особливості роботи медсестри-педагога з населенням сімейної дільниці та способи організації навчального процесу з ними;
- стимулювати у студентів інтерес до процесу встановлення психологічного контакту, побудови взаємин і спілкування з пацієнтом, його родиною, населенням дільниці, колегами і розвиток у них позитивного ставлення до цієї категорії особистостей;
- застосовувати набуті знання для оволодіння уміннями і навичками маніпуляційної техніки, а також у процесі розв'язання педагогічних задач та моделювання елементів навчального процесу пацієнта і його родини елементам само- та взаємодогляду при підготовці та проведенні навчання пацієнта.

Змістовий компонент технології. Професійно-педагогічна компетентність у медсестринській практиці вимагає форм, методів та засобів роботи медичної сестри в лікувально-профілактичних закладах відповідно до вимог навчальної програми. Медсестринська діяльність спрямована як на досконале володіння маніпуляційної технікою за для виконання призначень лікаря, так і на реалізацію етико-деонтологічних принципів побудови взаємин в медичному колективі серед колег, пацієнтів, їх родин, населення сімейної дільниці, а також психологічну підготовку пацієнта, формування у нього уявлення про хворобу та шляхи її подолання, життя в умовах хвороби, що забезпечує співпрацю медичної сестри з пацієнтом та його родиною під час медсестринського догляду.

Підготовка майбутньої медичної сестри до роботи в сімейній медицині реалізується у процесі викладання дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки,

клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки, спецкурсу „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині“, доклінічної, клінічної, виробничої практики, а також проведення студентами експериментальної роботи, написання на основі цього наукових статей, рефератів, курсових, дипломних бакалаврських та магістерських робіт. Планом навчального процесу до дисциплін циклу гуманітарної і соціально-економічної підготовки передбачено опанування основами філософських знань, культурології, фізичного виховання, української мови (за професійним спрямуванням), іноземної мови (за професійним спрямуванням), права, історії України, соціології, економічної теорії. Так, у процесі засвоєння навчального матеріалу з основ філософських знань головна увага приділяється розумінню філософських принципів та підходів до явищ в науці та суспільстві, можливість застосування філософських категорій в теорії та практиці, розвитку філософського мислення. У процесі вивчення культурології студенти здобувають знання про сутність, закономірності існування цивілізацій, націй, етносів у певному історичному періоді і взаємопов'язаний розвиток їх культурного надбання (культура праці, побут, поведінка, взаємини, спілкування, художня, політична, особиста, сімейна, родинна культура тощо), а також людське значення культурології та способи її пізнання.

Вивчаючи українську мову (за професійним спрямуванням) як навчальну дисципліну, майбутні фахівці медсестринства в сімейній медицині засвоюють норми сучасної української літературної мови та вдосконалюють навички їх застосування в усному та писемному професійному мовленні (орфоепічних, акцентуаційних, морфологічних, синтаксичних, лексичних та стилістичних); виробляють професійно-комунікативні уміння побудови взаємин з колегами і пацієнтами в закладі охорони здоров'я у конкретних професійних ситуаціях та з населенням на сімейній дільниці; складають тексти офіційно-ділового й наукового стилів; набувають навичок створення текстів професійного спрямування (бесіди, лекції, плани, доручення, клопотання, заяви тощо); складають різні типи документів, правильно добираючи мовні засоби (довідки, витяги з історій хвороби, епікризи, клопотання, направлення на обстеження, консультації пацієнтів іншими спеціалістами, на стаціонарне та санаторно-курортне лікування тощо); виховують у себе почуття поваги до української літературної мови та її культури; виробляють уміння послуговуватися українською

мовою – правильно, точно і стисло викладати свою думку літературною мовою, що є свідченням професіоналізму.

Вивчення англійської мови за професійним спрямуванням у вищих медичних навчальних закладах дає можливість студентам та фахівцям медсестринства використовувати іноземну мову як засіб професійного спілкування та професійного пізнання, сприяє формування професійно значущих якостей особистості. Студенти розвивають навички аналітичного і пошукового читання та перекладу; будують діалоги між „ медичною сестрою “ , „ пацієнтом “ , „ родичами пацієнтів “ , „ колегами “ , в основу яких покладено ситуативні завдання зі спілкуванням на професійні теми „ На прийомі у лікаря “ , „ В аптеці “ , „ Догляд вдома “ , „ Надання невідкладної допомоги в лікарні, вдома, по вулиці, в транспорті “ тощо; демонструють вміння спілкуватися іноземною мовою в усній та письмовій формах в побуті. Зазначене сприяє інтеграції вітчизняних фахівців у міжнародному просторі, використанню наукових літературних іноземних джерел в оригіналі, що є важливим для професійного самовдосконалення, співставлення розвитку медсестринства у світі. Окрім того, знання іноземної мови дозволяє розуміти людину з іншої країни та, за потреби, своєчасно і повноцінно надати їй допомогу.

Основи права дають можливість майбутнім фахівцям засвоїти основні правові норми, що регулюють суспільні відносини, процеси державного управління, види відповідальності (адміністративну, громадянську, дисциплінарну, кримінальну), шляхи реалізації та захисту прав, свобод і законних інтересів фізичних і юридичних осіб, вимоги до професійної діяльності, які регламентуються правовими актами, права та обов'язки медичної сестри, права пацієнта тощо.

Вивчення соціології допомагає пізнати процеси становлення, функціонування, розвитку суспільства в цілому, різних соціальних спільнот і соціальних відносин між ними.

Засвоєння циклу дисциплін природничо-наукової підготовки, відповідно до навчального плану підготовки медичних сестер, що передбачає вивчення основ латинської мови з медичною термінологією, психології та міжособового спілкування, медичної інформатики, анатомії та фізіології людини, патоморфології та патофізіології, фармакології та медичної рецептури, медичної хімії, мікробіології, основ екології та профілактичної медицини, безпеки життєдіяльності, медичної біології, основ біологічної фізики та медичної апаратури, соціальної медицини та організації охорони здоров'я сприяє

формуванню цілісного світогляду майбутньої медичної сестри завдяки інтеграції загальних знань, що забезпечують сприйняття, розуміння та засвоєння наступних, клінічних дисциплін, що вивчаються у медичному ВНЗ.

Вивчення клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки (історія медицини та медсестринства, основи медсестринства, сімейна медицина, медсестринство у внутрішній медицині, педіатрії, хірургії, акушерстві, гінекології, неврології, психіатрії та наркології, інфектології, ЛОР, отоларингології, дерматології та венерології; геронтології, геріатрії та паліативній медицині, онкології, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї, громадське здоров'я та громадське медсестринство, медсестринська етика та деонтологія, медична та соціальна реабілітація, анестезіологія та реаніматологія, військово-медична підготовка та медицина надзвичайних ситуацій, охорона праці та охорона праці в галузі) складає основу професійно-орієнтованих знань. Історія медицини та медсестринства, основи медсестринства вивчаються на першому курсі і є забезпечуючими для інших клінічних дисциплін.

Важливою у процесі формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медичної сестри є практична підготовка, яка включає навчальну практику, що входить до загального обсягу годин циклу професійної та практичної підготовки, а також виробничу та переддипломну практику.

Удосконалення змісту клінічних дисциплін і запровадження для студентів III курсу спеціального курсу, який безпосередньо спрямовано на формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Так, під час вивчення клінічних дисциплін при суб'єктивному обстеженні пацієнта застосовувалися опитувальники, проводилися бесіди з метою переконання пацієнта в необхідності обстеження, лікування, дотримання лікувально-охоронного режиму, давалися рекомендації щодо необхідності обстеження, лікування, виконання призначень лікаря та його рекомендацій, дотримання здорового способу життя.

Формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки передбачає поглиблене вивчення майбутніми медичними сестрами проблем навчання пацієнтів та їх родин в межах упровадження розробленого *спеціального курсу* „Педагогічні основи навчання пацієнта і його

родини в сімейній медицині” (додаток І), який студенти можуть обрати на III курсі (програма курсу представлена у таблиці 3.3).

Методологія навчання пацієнтів у професійній діяльності медсестри допомагає їй у прийнятті рішень, прогнозуванні, плануванні, виконанні втручань та оцінці досягнутих результатів з урахуванням необхідності вирішення наявних та попередження потенційних проблем, характерних для пацієнтів. У медсестринстві пацієнтом може бути індивідум, родина або суспільна група, тому медсестринський навчальний процес має бути адаптованим до кожного типу пацієнта.

Таблиця 3.3

Програма спецкурсу „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині” (за кредитно-модульною системою)

Тематика	Лекції	Практ. заняття	СРС	ДСР
Змістовий модуль 1. Організація навчання пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині.				
Змістовий модуль 2. Зміст і форми навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами				
Тема 1. Педагогічні аспекти в медсестринстві. Поняття медсестринська педагогіка. Навчання в сімейній медицині.	2	-	1	
Тема 2. Спілкування як форма діяльності. Способи і функції спілкування в сімейній медицині.	2	-	2	
	2	14	5	
Тема 3. Зміст і форми навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.				
Змістовий модуль 3. Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.				Ь.
Тема 4. Змістова характеристика навчання пацієнта та його родини медичною сестрою	2	8	4	

Розділ 3. Експериментальна перевірка ефективності моделі формування професійно-педагогічної компетентності студентів медсестринського відділення

при виконанні маніпуляційних втручань.				
Змістовий модуль 3. Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань. Тема 4. Змістова характеристика навчання пацієнта та його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.	2	8	4	
Змістовий модуль 4 Принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології. Тема 5. Принципи навчання пацієнта та його родини медичною сестрою в санології.	2	2	2	
Підсумковий модульний контроль	-	2	2	
Всього годин	10	26	18	
Кредитів ECTS	1,5			

Значна увага спеціального курсу приділена висвітленню сутності сучасних підходів у медсестринській педагогіці, стандартам побудови взаємин, навчання пацієнтів та членів їх родин.

Програма розрахована на 54 годин, з них: лекцій – 10 годин, практичних занять – 26 годин, самостійна поза аудиторна робота студента – 18 годин що складає 1,5 кредити; має один модуль, що включає в себе чотири змістових модулів. Спецкурс викладається у 5-6 семестрах. За своєю структурою представлена програма відповідає вимогам до професійної підготовки майбутніх медичних сестер сімейної медицини, доповнює клінічні дисципліни вищих медичних навчальних закладах, поєднує традиційні підходи з інноваційними процесами, які відбуваються в медсестринстві та педагогічній освіті.

Зміст програми передбачає вивчення поняття медсестринської педагогіки, спілкування як форми діяльності в інформуванні та отриманні інформації, засоби і функції спілкування, зміст, методи та технологічні прийоми навчання при спостереженні за пацієнтами, виконанні маніпуляційної техніки, в санології, санітарно-просвітницькій профілактичній роботі.

Програма побудована відповідно до принципів науковості та об'єктивності у підходах до розгляду феномену медсестринської

педагогіки. педагогічних аспектів у медсестринстві, поняття навчання в сімейній медицині. Вагоме значення надається інтеграції педагогічних, психологічних та медичних знань, єдності теорії та практики.

Перший змістовий модуль спецкурсу – **„Організація навчання пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині“** – знайомить студентів із базовими поняттями проблеми, до яких належать, насамперед, такі категорії, як „педагогіка“, „навчання“, „самоосвіта“, „формування“, „розвиток та виховання у пацієнта та його родини прагнення до самовиховання“, „саморозвиток та перевиховання з метою відновлення та збереження здоров'я“, „функції, властивості, стилі, типи, канали спілкування“, „зміст, засоби, форми і методи навчання в сімейній медицині“, де їх аналізу та встановленню взаємозв'язку між ними приділяється багато уваги.

Окрім цього, докладно тлумачаться поняття „конфлікт“ та „культура поведінки та спілкування“, аналізуються підходи щодо передбачення, нейтралізації провокаційних чинників та пошук шляхів подолання конфлікту. Розкривається сутність санітарного активу, розглядаються основні підходи до організації профілактичної роботи серед населення дільниці. У цьому розділі також досліджуються психолого-педагогічні ідеї медсестринських теорій в історії вітчизняної та зарубіжної науки.

У другому змістовому модулі спецкурсу – **„Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами“** – студенти знайомляться з принципами особистісно орієнтованого навчання і виховання його напрямками, індивідуально-типологічними особливостями пацієнтів, методами її вивчення методами і прийомами виховання та самовиховання, питаннями організації навчального процесу, особливостями роботи закладів охорони здоров'я щодо навчання пацієнтів та їх родин. Одночасно студенти оволодівають основними науково-педагогічними методами навчання пацієнта та його родини. Серед них теоретичні та емпіричні методи: теоретичний аналіз педагогічної і медичної навчальної та науково-популярної літератури, вивчення й узагальнення передового медсестринського досвіду, анкетування, спостереження, бесіда, самооцінка, а також методи стимулювання пізнавальної діяльності пацієнта, методи контролю й аналізу ефективності навчально-виховної діяльності медичної сестри щодо елементів само- та взаємодогляду пацієнта.

Вивчення авторського спецкурсу передбачає також ознайомлення з особливостями діяльності медсестри-вихователя щодо функціональних особливостей навчання правилам особистої гігієни пацієнта, лікувального харчування та годування пацієнта. Особлива увага надається ролі сім'ї у забезпеченні особистої гігієни пацієнта, організації навчання сімейною медичною сестрою при оцінці функціонального стану терморегуляції пацієнта та формування значущості в одужанні пацієнта шляхом дбайливого і повноцінного догляду за ним членів сім'ї в різні періоди лихоманки, принципами інформування й навчання пацієнта і його родини при спостереженні за дихальною і серцево-судинною системами та особливості деонтологічної поведінки родини з пацієнтом, що має проблеми через захворювання органів дихання та серцево-судинної системи; змістовою характеристикою навчання при спостереженні за шлунково-кишковим трактом пацієнта та психологічні основи деонтологічної поведінки родини пацієнта, що має проблеми через захворювання органів травлення; організаційною технологією навчання при спостереженні за сечовидільною системою пацієнта та вплив деонтологічної поведінки родини на пацієнта, що має проблеми через захворювання сечовидільної системи; сучасними підходами навчання при спостереженні за тяжкохворим та агонуючим пацієнтом та пріоритетними аспектами деонтологічної поведінки медичної сестри з тяжкохворими та їх родинами агонуючих пацієнтів. У процесі вивчення спецкурсу студенти мають усвідомити велику соціальну відповідальність медичної сестри сімейної медицини за здоров'я пацієнта та його майбутнє.

У третьому змістовому модулі спецкурсу – **„Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань“** – студенти засвоюють та впроваджують педагогічні аспекти практичної діяльності медичної сестри, що пов'язані з виконанням маніпуляційної техніки та медсестринських втручань найпростішої фізіотерапії, застосуванням лікарських засобів, підготовкою до лабораторних, інструментальних, апаратних досліджень, зондових маніпуляцій. Важливим аспектом навчання пацієнта є підготовка до проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення обізнаності пацієнта в підготовці його до маніпуляційних втручань і спроможності засвоєння інформації, спільне планування таких втручань, в тому числі, і навчання пацієнта елементам само- та взаємодогляду з метою відновлення рівноваги між можливостями і потребами в самодогляді.

Психологічна підготовка пацієнта і його родини при застосуванні маніпуляційної техніки здійснюється шляхом підбору матеріалу, вибір місця, часу та форми навчання та інформування пацієнта та його родичів, визначення мети інформування й навчання пацієнта у ході підготовки до призначеного лабораторного та інструментального дослідження, з'ясування причини дефіциту самодогляду (за Д. Орем) (відсутність знань, невміння виконувати окремі дії з самодогляду, нерозуміння важливості самодогляду, механізми отримання згоди на проведення втручань та навчання, методи формування у пацієнта та його родичів розуміння залежності правильної підготовки до досліджень з метою отримання достовірних результатів). Особлива увага надається визначенню шляхів переконання пацієнта в необхідності проведення медсестринських маніпуляційних втручань чи навчання на основі реалізації сучасних підходів до психологічної підготовки пацієнта перед проведенням медсестринських втручань та навчання, застосування в навчанні ілюстративних матеріалів, технічного оснащення та мультимедійних засобів. Залучення до одужання пацієнта членів його родини забезпечує структурну, особисту та соціальну цілісність процесу навчання, що вимагає застосування відповідної методики навчання сім'ї елементам догляду за пацієнтом.

У четвертому змістовому модулі спецкурсу – „**Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології**” – студенти обґрунтовують основну стратегію первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – досягнення здоров'я для всіх. На заняттях майбутні фахівці аналізують взаємозв'язок здоров'я з способом життя і екологією; визначають вплив медичної сестри сімейної медицини на процес життєдіяльності індивіда, вивчають процеси відновлення здоров'я (рекреація (відпочинок) і медико-соціальна реабілітація (відновне лікування), знайомляться з методами відновлення соціального статусу хворих і інвалідів та визначають відповідність рівнів особистості аспектам здоров'я: фізичний (соматичний), психічний і соціальний). Вагоме значення надається опануванню вміннями і навичками обґрунтування важливості здорового способу життя як основи первинної профілактики захворювань, що передбачає просвітницьку діяльність серед населення, формування здорового способу життя і диспансеризацію, виявлення соціально-психологічних, індивідуально-психологічних та особистісних факторів, зумовлюють появу шкідливих звичок. Майбутні медсестри допомагають сім'ям територіальної дільниці щодо ведення здорового способу у житті;

здійснюють санітарно-освітню роботу серед населення з роз'ясненнями позитивного впливу фізичних навантажень на органи і системи організму та ефективності рухової активності у зміцненні здоров'я, необхідності раціонального та повноцінного харчування у зміцненні здоров'я, загартовування та ефективність застосування природних чинників, психічної саморегуляції на органи і системи організму та ефективність застосування методів самовиховання, активного довголіття та ефективність заходів сповільнення темпу старіння з метою зміцнення здоров'я і подовження тривалості життя.

Детально розглядаються потреби пацієнта: фізіологічні, соціальні, потреби в безпеці та самоповазі, самовиразі. Особлива увага зосереджується на проблемах пацієнтів, які можуть виникати, зокрема: нерозуміння власного впливу на стан здоров'я, взаємовідносини у сім'ї, недотримання принципів здорового способу життя, відмова від лікування та навчання; організація медсестринської навчально-виховної діяльності на сімейній дільниці; формування санітарного активу; напрями роботи з громадськістю тощо.

Вивчення названих модулів будується за принципом поєднання теоретичних знань, набутих студентами під час вивчення спецкурсу, із оволодінням практичними умінь та навичками. Лекції чергуються із практичними заняттями, які проходять у формі ділової гри, рольового перевтілення, мікрОВикладання, розробки авторських виховних проєктів тощо. Майбутні медичні сестри сімейної медицини, використовуючи набуті знання, навчаються виявляти індивідуальні особливості кожної особистості, оволодівають методиками ідентифікації пацієнтів, розробляють власні методики дослідження; проводять дискусії, бесіди; навчаються планувати відповідну навчальну роботу, розв'язують педагогічні задачі; складають план бесіди з пацієнтами та їх родинами, розробляють плани занять, проєктують просвітницькі заходи, конференції тощо.

Реалізація виконання програми здійснюється під час лекцій, практичних, аудиторних та клінічних занять. Контроль знань здійснюється на практичних заняттях. Теми, що винесені на самостійне опрацювання студентів, перевіряються окремо. Під час вивчення програми проводиться залік чотирьох змістових модулів. Обсяг та якість засвоєння матеріалу контролюється при розв'язанні студентами ситуаційних завдань різного рівня, виконаннями практичних робіт, а також тестового контролю.

Після вивчення курсу *студент повинен знати*: поняття медсестринської педагогіки; роль навчання пацієнта у формуванні ставлення до життя в умовах хвороби; зміст, методи й технологічні прийоми навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині; основні концептуальні принципи, форми й засоби навчання пацієнтів; визначення понять „індивідум“, „особистість“, „пацієнт“, „хворий пацієнт“, „сім'я“, „родина“, „суспільна група“, „медична сестра загальної практики – сімейної медицини“, „навчання пацієнта та його родини“ як об'єкти медсестринського навчання і догляду; поняття здоров'я, хвороба, реабілітація, профілактика; функції медсестринської педагогіки; основні медсестринські завдання при формуванні ставлення пацієнта до свого здоров'я; принципи застосування етапів медсестринського процесу в організації інформування і навчання елементам само- та взаємодогляду, таксономію медсестринського діагнозу; основи організації охорони здоров'я, медичної психології, етики і деонтології медичного працівника; способи збору, накопичення, обробки й оцінки інформації про стан здоров'я населення; основи медичної інформатики як засобу навчання пацієнта та його сім'ї; первинні засади соціальної гігієни, гігієни хворого, особистої гігієни медичної сестри; основні принципи профілактики в сімейній медицині; форми і методи санітарно-просвітницької роботи; методи планування сім'ї, володіти інформацією про психопрофілактичну підготовку вагітної до пологів, методи лікувальної фізкультури для вагітних жінок; загальні питання організації інформування та навчання в умовах первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, амбулаторно-поліклінічної, швидкої та невідкладної медичної допомоги; основи техніки безпеки та охорони праці; принципи раціонального вигодовування і догляду за доношеними і недоношеними дітьми, методи загартування, фізичного виховання дітей; загальні принципи дієтотерапії; основні положення щодо раціонального харчування хворих залежно від їх віку і характеру захворювання; санітарно-гігієнічні вимоги, що ставляться до дитячих закладів і місць перебування дітей; основи здорового способу життя, методи та засоби його пропагування; принципи проведення санітарно-освітньої роботи з дітьми та батьками, населенням територіальної сімейної дільниці; основи законодавства України з охорони здоров'я, нормативні документи, які визначають діяльність органів і закладів охорони здоров'я.

Студент повинен вміти: обстежити пацієнта та визначити стан здоров'я; з'ясувати проблеми пацієнта, пов'язані з інформуванням та навчанням; спланувати навчання на основі медсестринського процесу; здійснювати план медсестринських втручань щодо інформування та навчання населення; проводити навчання пацієнта та членів його родини; заповнювати медичну та медсестринську документацію; оцінювати ефективність медсестринського процесу щодо інформування та навчання пацієнта та членів його родини; володіти необхідними знаннями щодо особливостей організації педагогічної діяльності медичної сестри сімейної медицини в умовах денного стаціонару та вдома; володіти методикою та навчати хворого готуватися до досліджень (лабораторних, інструментальних, апаратних); брати активну участь у проведенні заходів щодо профілактики захворювань населення дільниці та його диспансеризації; брати участь у навчанні пацієнта щодо підготовки до призначених новітніх методів діагностики і лікування; навчати матір правилам догляду за дитиною; володіти методами роботи в соціально неблагонадійних сім'ях; систематично підвищувати свої професійні знання; користуватися методикою оцінювання функціонування здорової сім'ї, її дисфункції (нездорова родина, сім'я з підвищеним медичним ризиком); оцінювати взаємини в родині, ставлення її членів до здоров'я, реакцію сім'ї на стреси, родинні проблеми, соціальні, релігійні, економічні, поведінкові аспекти життя сім'ї, бюджет і фінансові проблеми; умови праці членів сім'ї; особливості змін у родині за часом (зачаття, вагітність, народження дитини, реалізація особистості, вихід на пенсію, старіння, старечий вік, самотність); проводити санітарно-освітню роботу щодо гігієни харчування вагітної, профілактики незапланованої вагітності; пропагувати медичні та санітарно-гігієнічні знання серед населення; організувати разом з лікарем громаду, залучати її до проведення оздоровчих заходів на дільниці; організувати використання територіальних засобів масової інформації для пропагування різних аспектів здорового способу життя; забезпечувати проведення санітарно-освітніх заходів на території обслуговування, організувати через ЗМІ пропагування раціонального харчування, рухової активності, загартовування, психічної саморегуляції, активного довголіття; брати участь у роботі науково-практичних конференцій з питань організації надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики – сімейної медицини; активно підвищувати кваліфікацію шляхом виступів з доповідями, реферативними оглядами медичної літератури.

У контексті зазначеного можна стверджувати, що основне завдання медичної сестри-педагога – розвиток самостійності пацієнта, засвоєння ним елементів само- та взаємодогляду, формування обізнаності населення щодо проблем збереження та відновлення здоров'я, життя людини в умовах хвороби, адаптації в навколишньому середовищі, соціальної адаптації та реабілітації.

Зміст поняття „навчання“ пацієнта і його родини сімейною медичною сестрою включає: навчати навчатися, навчати працювати, навчати бути, навчати жити.

Під час викладання спецкурсу майбутня медична сестра сімейної медицини ознайомилась з методами навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині, які вона може застосовувати для організації і проведення навчально-пізнавальної діяльності залежно від її особливостей (пояснювально-ілюстративний, репродуктивний, проблемного виконання, частково-пошуковий, тощо), залежно від джерела походження інформації (словесні, наочні, практичні). Під час засвоєння матеріалу спецкурсу акцентується увага на необхідності поєднання методів.

З метою формування мотивів, мотивації самовиховання пацієнта і постійного прагнення до самовдосконалення з метою реалізації життєвих планів, задоволення щоденних соціальних, фізіологічних та матеріальних потреб медична сестра може застосовувати методи стимулювання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності (пізнавально-навчальні дискусії, емоційний вплив медсестри-педагога на пацієнта та членів його родини, заохочення до навчальної діяльності, формування бажання людини трансформувати навколишнє середовище, самостійність при задоволенні фізіологічних потреб)

У процесі засвоєння авторського спецкурсу медична сестра вчиться застосовувати методи контролю і самоконтролю в навчанні (опитування, визначення рівня сформованості навичок з елементів само- та взаємодогляду, шляхом тестування, контроль засвоєння знань та практичної навички, самоконтроль).

Важливим є також усвідомлення сутності навчального процесу, а також його складових – навчальна робота медичної сестри-педагога (викладання); навчально-пізнавальна діяльність пацієнта (учіння) та специфіки їхньої спільної діяльності щодо досягнення цілей навчання. Медична сестра має домогтися реалізації основних функцій методів навчання: навчальної (освітньої), розвивальної, виховної, мотиваційної, контрольної-коригувальної. Між медичною сестрою, пацієнтом і його

родиною повинні вибудовуватись відносини на умовах партнерства (співробітництва), довіри, взаєморозуміння, тісної співпраці за для досягнення поставленої мети. Інформування та навчання пацієнта має призвести до зміни його поведінки, спрямованої на покращення умов проживання, ставлення до себе та оточуючих, родини, формування власної позиції та усвідомлення власних сил щодо відновлення здоров'я, впевненість у можливості адаптуватися до стану здоров'я, спричиненого хворобою.

Медична сестра загальної практики сімейної медицини у навчанні пацієнта та його сім'ї має оволодіти та застосовувати основні категорії педагогіки: формування, розвиток та виховання у пацієнта та його родини прагнення до самовиховання, самоосвіти, саморозвитку та перевиховання з метою відновлення та збереження здоров'я. Розуміння структурної, особистої та соціальної цілісності кожного члена родини сприятиме усвідомленню необхідності співпраці з родиною.

Застосування педагогічних методів у використанні впливу медичної сестри на пацієнта та членів його родини задля одужання (переконання, приклад, вправи, заохочення, примус) сприяють адаптації в соціальному середовищі як сукупності умов життєдіяльності, що забезпечують реалізацію адаптаційної, колективної, культурної та суспільно-господарчої виховної функції сім'ї.

Медична сестра сімейної медицини з метою відновлення рівноваги між можливостями і потребами пацієнта в самогляді має володіти навичками планування навчально-консультативних втручань від найпростіших до складніших, поступово розширюючи їх коло з метою відновлення навичок самообслуговування.

Виключного значення набуває вивчення, узагальнення і поширення передового досвіду з даної проблеми, з яким студенти знайомляться на клінічних базах, співпрацюючи на практичних заняттях з діючими медичними сестрами.

Реалізація виконання програми здійснюється під час лекцій, практичних, аудиторних та клінічних занять. Контроль знань проводиться на практичних заняттях. Теми, що винесені на самостійне опрацювання студентів, зараховуються на практичних заняттях. Під час вивчення програми проводиться залік чотирьох змістових модулів. Обсяг та якість засвоєння матеріалу контролюється при розв'язанні студентами ситуаційних завдань різного рівня, виконаннями практичних навичок, а також тестовим контролем.

Окреме місце у спецкурсі займає рекомендована базова та допоміжна література та перелік питань до підсумкового модульного контролю.

Запропонована програма дозволяє засвоїти досить ґрунтовні знання з даної проблеми та сформувані на належному рівні вміння і навички роботи медичної сестри сімейної медицини, а також задовольнити вимоги медсестринської освіти в широті охоплення матеріалу з медсестринської педагогіки.

Процесуальний компонент технології забезпечує шляхи реалізації змістового компоненту через застосування форм, методів і засобів навчальної підготовки.

До основних форм реалізації змістового компоненту технології нами віднесено лекції, семінари, ділові ігри, круглі столи, практичні професійні тренінги.

У процесі дослідження під час реалізації змістового компоненту спостерігалось широке використання різноманітних видів лекційних занять. Вступна лекція застосовувалася на початку вивчення дисципліни чи окремого в ній розділу. Клінічна лекція спрямовувалася на розкриття ситуаційних завдань та розгляд вирішення клінічних ситуацій. Під час викладу настановної лекції акцентувалася увага на рекомендаціях, настановах щодо подальшого впровадження в практичну діяльність засвоєної системи знань та вмінь. Тематична лекція присвячувалась визначенню взаємозв'язків з попереднім та наступними навчальними матеріалами. Проблемна лекція чи лекція з елементами проблемності сприяла активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів під час засвоєння теоретичного матеріалу та трансформації його у практику. Оглядова – привертала увагу майбутніх фахівців до попередньо викладеної інформації, залучала їх до участі в обговоренні з метою пошуків шляхів впровадження теорії в практику. Лекція із застосуванням наочності сприяла багатогранному засвоєнню матеріалу через зорові, слухові, тактильні відчуття. У ході узагальнюючої лекції підводилися підсумки вивченого курсу, узагальнювався його зміст, акцентувалася увага на цілісність сприйняття навчального матеріалу.

Так, при вивченні теми спецкурсу „Педагогічні аспекти в медсестринстві. Поняття медсестринської педагогіки. Навчання в сімейній медицині“ використовувалася вступна лекція з повідомленням нових знань. Тема „Спілкування як форма діяльності. Способи і методи спілкування в сімейній медицині“ передбачала проведення лекції-бесіди. Лекція з елементами проблематики була присвячена темі „Зміст

і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами“, а тема „Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань“ викладалася у вигляді лекції із застосуванням наочності.

Використання проблемних ситуацій у процесі професійно-педагогічної підготовки майбутніх медичних сестер забезпечувало активізацію навчально-пізнавальної діяльності студентів, викликало інтерес, включення в роботу не тільки пам'яті, але й мислительних операцій: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння тощо. Однак, варто зазначити, що не всі студенти були активними, оскільки спрацьовував особистісний фактор (невпевненість у своїх судженнях, побоювання виділитись серед решти студентів, звичка мовчки сприймати лекційний матеріал, а не брати участь у обговоренні тощо).

Під час засвоєння теми „Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології“ студентам пропонувалася лекція-дискусія, адже тема включає в себе питання здорового способу життя, чинників шкідливого впливу на здоров'я людини, ставлення до пацієнтів, що є ВІЛ-інфікованими, боротьба зі шкідливими звичками, рух і здоров'я, активне довголіття, загартовування. У ході лекції-дискусії студенти обґрунтовували власну думку щодо особистого ставлення до цих проблем, оцінювали актуальність питань, пропонували шляхи їх вирішення, а також залучалися до оцінки та прогнозу розвитку даної проблем, ролі впливу людини на перебіг ситуації.

Важливою складовою будь-якої лекції є міждисциплінарна інтеграція. Наприклад, під час обговорення проблеми народжуваності на сімейній дільниці, репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, від студентів вимагалось виявити знання з дисциплін „Анатомія та фізіологія людини“, „Медсестринство в акушерстві та гінекології“, „Медсестринство в дерматовенерології“, „Ріст і розвиток людини“. Зокрема, студентам необхідно було довести, наскільки важливим є формування здоров'я жінки, профілактика гінекологічних захворювань, планування вагітності задля народження здорової дитини, створення та збереження здорової повноцінної сім'ї.

Використання всього арсеналу лекційних занять забезпечувало більш ефективно засвоєння знань студентами, усвідомлення значущості у майбутній професійній діяльності навчального матеріалу. Активізація студентів під час лекцій, вибір форми проведення, де б зміст розкривався повністю і цікаво, трансформувало пасивний стиль

поведінки студентів, викликало у них бажання займатися самостійною роботою, впроваджувати теорію в практику.

Організаційна структура кожної лекції складалася із підготовчого, основного та заключного етапів, що значно покращувало сприйняття студентами навчального матеріалу загалом. На підготовчому етапі лекції визначалася актуальність теми, навчальні і виховні цілі, мотивація, міждисциплінарна інтеграція. Під час науково-методичного обґрунтування теми розкривалися її актуальність, акцентувалася увага на зв'язках попередньо вивченого матеріалу з новим, значення змісту навчального матеріалу для майбутньої професійної діяльності, наводились дані, спрямовані на формування позитивної мотивації щодо сприйняття теми лекції, забезпечувалося зацікавлення студентів до пізнання нових знань.

Формуючи виховні цілі, викладачі акцентували увагу на розвиток у студентів особистісних якостей привітності, ввічливості, скромності, доброти, милосердя, чесності, співчуття, уміння берегти лікарську таємницю. Одним із провідних завдань у процесі формування професійно-педагогічної компетентності визначалися виховання вдумливої, всебічно обізнаної медсестри, яка добре орієнтується в факторах, що сприяють погіршенню здоров'я нації та дбає про збереження та відновлення здоров'я пацієнтів. Особлива увага надавалася необхідності дотримання вимог професійної етики та деонтології під час спостереження і догляду за пацієнтами з порушенням функції органів і систем, вихованню у майбутніх медсестер почуття відповідальності, точності та акуратності з метою дотримання вимог під час спостереження і догляду за пацієнтами з порушенням функції травлення, за правильну підготовку пацієнта до інструментальних методів дослідження від якого залежить перебіг обстеження та його результат. Зазначене, на нашу думку, має ґрунтуватися на усвідомленні важливості теоретичного рівня знань для перетворення їх в практичні уміння й навички, необхідності дотримання вимог зберігання, виписки та застосування лікарських засобів усвідомлення необхідності отримання згоди пацієнта на медикаментозну терапію, володінні уміннями та навичками щодо запровадженню основних теорій медсестринства в напрямі задоволення основних потреб пацієнта, дотримання вимог стандартів та алгоритмів діяльності медичної сестри. До викладачів висувалися вимоги: націлити студентів на вміння психологічно підготувати пацієнта до дослідження та важливість отримання згоди на проведення призначеного

дослідження, усвідомлення важливості психологічної підготовки пацієнта та отримання його згоди на впровадження елементів догляду, розуміння необхідності навчання пацієнта та його родини елементам само- та взаємодогляду.

Змістовий компонент реалізовувався під час викладання клінічних дисциплін у контексті реалізації міждисциплінарної інтеграції у медсестринстві, що забезпечувало ґрунтовне, синтезоване усвідомлення навчального матеріалу студентами та сприяло системності мислення у процесі узагальнення знань студентів.

Розглянемо реалізацію міждисциплінарної інтеграції на прикладі вивчення теми «Виписування, зберігання та застосування лікарських засобів» з основ медсестринства. Для засвоєння теми лекції актуальними є знання з анатомії людини (про анатомічні ділянки тіла людини), з основ фармакології (з рецептурою про зберігання, шляхи введення лікарських засобів і способи введення). Відповідно засвоєні знання будуть використовуватися у процесі засвоєння наступних дисциплін з медсестринства в сімейній медицині, терапії, хірургії, акушерстві, гінекології, педіатрії, інфекційних хворобах, паліативній медицині, де лікарські засоби будуть застосовуватись, враховуючи їх специфічній практиці. Окрім того, існує внутрішньо предметна інтеграція, де тема, що подається, безпосередньо пов'язується з попередньо вивченими темами, що передбачає інтеріоризацію знань. У ході розгляду зазначеної теми актуалізувалися знання про знезараження та передстерилізаційну обробку використаного інструментарію, асептику та антисептику, методи стерилізації інструментарію.

Основна частина – це безпосередній виклад нового матеріалу за планом. Нами здійснювалося формування навчальних цілей лекції за визначенням рівнів абстракції у викладенні лекційного матеріалу [125, с. 65].

I рівень абстракції – описовий: матеріал викладався на рівні опису зовнішніх ознак, якостей, тих явищ, процесів, об'єктів, що вивчаються;

II рівень абстракції – аналітико-синтетичний, передбачав аналіз причинно-наслідкових зв'язків, кількісних узагальнених співвідношень у поясненні явищ природи, об'єктів, процесів;

III рівень абстракції – системно-теоретичний – викладення матеріалу здійснювалося на основі сучасних теорій, що розкривають системні закономірності;

IV рівень абстракції – концептуально-прогностичний – визначався викладом матеріалу в межах нових концепцій, ідей, на прогностичному

рівні, що забезпечує моделювання і подальшого розвитку цих явищ, об'єктів, процесів [125, с. 65].

У процесі формування навчальних цілей лекцій зазначався запланований рівень абстракції (β), наприклад: визначити потреби пацієнта, охарактеризувати стан здоров'я пацієнта (β I); дати порівняльний аналіз стану здоров'я пацієнта до початку втручання та після проведеного лікування чи догляду (β II), проаналізувати та визначити методику, показання, протипоказання та можливі ускладнення під час та після катетеризації (β II); розкрити на основі системного підходу закономірності, висвітлити теорію медсестринського процесу (β III), розглянути та деталізувати, як приклад, модель В Хендерсон, що взята за основу медсестринського процесу для країн, які здійснюють реформу медсестринської освіти і практики (β III), здійснити ґрунтовний аналіз проблем пацієнта, пов'язаних із страхом розриву сечового міхура та інфікування і шляхи їх розв'язання (β III), провести порівняльний аналіз підготовки пацієнта медичною сестрою до плевральної, люмбальної та абдомінальної, стернальної пункції (β III); розкрити концептуальні положення, визначити перспективи розвитку медсестринства, змоделювати можливий подальший розвиток стану здоров'я пацієнта після проведення медсестринських втручань (β IV), на основі науково-концептуальних підходів провести порівняльний аналіз та дати характеристику основним сучасним теоріям медсестринства (β IV). [125, с. 65].

На заключному етапі лекції викладачем спільно із студентами робилися загальні висновки. Викладач давав відповіді на можливі запитання, задавав завдання для самопідготовки студентів (навчальну літературу, завдання, запитання).

На нашу думку, така організаційна структура лекцій забезпечує багатогранний та повний виклад медсестринських проблем, сприяє ефективній підготовці сімейних медичних сестер, адже їх знання логічно і послідовно доповнюються, тим самим формується цілісне сприйняття медсестринства як багатофункціонального та відповідального процесу.

У ході нашого дослідження було підтверджено, що використання активізації пізнавальної діяльності студентів на лекції (питання, задачі, проблемні ситуації, матеріали лекційного контролю, ілюстративні матеріали тощо) сприяє ефективному засвоєнню теоретичного матеріалу і продуктивному застосуванню знань при формуванні практичних умінь і навичок, обґрунтуванню студентами власної точки

зору, а доповнення або критикування ідей студента дещо знижувало інтерес до вивчення дисципліни.

Упровадження авторського спецкурсу передбачало реалізацію інших активних форм підготовки, наприклад, семінарських занять, які сприяють формуванню вміння аналізувати, порівнювати, співставляти, синтезувати, абстрагувати, узагальнювати вивчений матеріал та використовувати його в навчально-професійних умовах.

Так, заняття за темою „*Форми і методи навчання пацієнтів медичною сестрою при прийманні пацієнтів*” проводилося у формі *семінару-бесіди*, що передбачало попереднє ознайомлення з темою, знання її змісту, наявності переліку питань, на які студенти готували відповіді завчасно. Розпочинаючи, викладач визначав актуальність теми, цілі, мотиви. Бесіда розпочиналася з постановки питання, а далі розкривала особливості психологічної підготовки пацієнта перед проведенням процедур та навчання: розуміння необхідності переконання пацієнта в проведенні процедур чи навчанні, пошук підходів щодо отримання згоди на проведення процедур та навчання. Обґрунтовувалася необхідність застосування у навчанні ілюстративних матеріалів, технічного оснащення та мультимедійних засобів, визначались форми залучення членів родини до процесу одужання пацієнта з метою забезпечення структурної, особистої та соціальної цілісності; обговорювалися методи навчання сім'ї елементам догляду за пацієнтом.

У формі *семінару-взаємонавчання* проведено одне із занять на тему: „*Функціональні особливості навчання правилам особистої гігієни, лікувального харчування та годування пацієнта*”, що передбачало розподіл завдань, визначення ролей навчання „пацієнтів” щодо догляду за: ротовою порожниною, волоссям, очима, носом, вухами; шкірою, природними складками; навчання „пацієнта” та „його родичів” складанню добового меню, враховуючи особливості та вимоги призначеної дієти. Особлива увага надавалася переконанню доречності тимчасового утримання до повного одужання від вживання продуктів харчування, які можуть зашкодити здоров'ю, поясненню ролі та отриманню згоди на проведення за призначенням лікаря методів штучного харчування (годування через зонд, гастростому, постановки, за необхідності, живильної клізми, парентерального харчування тощо).

Активну участь беруть студенти у семінарах-диспутах. Так, вивчаючи тему: „Сучасні підходи навчання при спостереженні за тяжкохворим та агонуючим пацієнтом” для обговорення студентам

пропонувалися запитання планування навчально-інформувальних медсестринських втручань (психологічна підтримка пацієнта та його родичів, формувати розуміння у пацієнта та його родичів, сутності фасилітативної функції медичної сестри, проводити бесіди з пацієнтом для мобілізації його сил на співпрацю з метою одужання та поліпшення стану здоров'я, виховання у родичів пацієнта психологічної стійкості, формування психічної саморегуляції, адекватного сприйняття стану пацієнта, підтримка фізичного і психологічного балансу тяжкохворого пацієнта).

Для усвідомлення студентами важливості комплексного засвоєння знань, умінь і навичок через міждисциплінарну інтеграцію тему „Змістова характеристика навчання при спостереженні за шлунково-кишковим трактом пацієнта“ було проведено у формі *міждисциплінарного семінару* спільно з викладачами анатомії з актуалізацією знань з теми „Анатомічна будова шлунково-кишкового тракту“, фізіології за темою „Фізіологічні особливості травної системи“, медсестринства в сімейній медицині за темою „Хвороби органів травлення“. Під час заняття відбувалося обговорення, узагальнення та систематизація навчального матеріалу з різних дисциплін, підводились підсумки роботи на основі інтеріоризації знань з різних навчальних дисциплін.

З метою засвоєння студентами системи знань, набуття умінь і навичок, їх виховання і загального розвитку в навчально-виховному процесі застосовувалися різні методи навчання, що виконували навчаючу, виховну і розвиваючу функції. Трансформація знань від викладача до студента ґрунтувалась на методологічних основах сучасної медсестринської та педагогічної науки. Студенти засвоювали знання, формували уміння і навички з дисциплін циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки, спеціального курсу „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині“, що забезпечило формування професійно-педагогічної компетентності в процесі фахової підготовки медичної сестри сімейної медицини.

Під час навчального процесу застосовувались пояснювально-ілюстративний, репродуктивний, частково-пошуковий, дослідницький методи та метод проблемного викладу навчального матеріалу.

Розглянемо **методи формування** професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової

підготовки (бесіди, пояснення, розповідь, інструктаж, дискусії, повідомлення, написання рефератів, вирішення типових та нетипових клінічних ситуацій, спостереження, розв'язування ситуаційних педагогічних задач самостійна та індивідуальна робота, наукові дослідження, моделювання елементів передового досвіду тощо), реалізовувалися в процесі формування професійно-педагогічної компетентності.

Бесіда – це діалогічний метод навчання, за допомогою якого студенти відтворюють раніше набуті знання, після вдало поставлених викладачем запитань. Метод бесіди допомагає включати в роботу пізнавальні процеси (пам'ять, мислення, увагу, уяву, відчуття і сприймання). Нами застосовувались *відтворюючі, систематизуючі та евристичні бесіди*, залежно від дидактичної мети, яка. Визначалася викладачем. Так, перевіряючи рівень засвоєння вивченого матеріалу студентами, застосовувалася *відтворююча бесіда*. Опитування студентів методом *систематизуючої бесіди* сприяло розвитку мислительських операцій аналізу, синтезу, узагальнення. *Евристичні бесіди* сприяли розвитку творчого мислення студентів. Запитання, які задавались майбутнім сімейним медсестрам були неоднозначними, проте логічно виваженими і послідовними. Студенти під час евристичних бесід висловлювали свої власні роздуми, діагностували проблеми пацієнта, виставляли медсестринські діагнози, висловлювали припущення, прогнозували потенційні проблеми пацієнта та пропонували шляхи їх попередження й вирішення. Як правило, метод бесід застосовувався на практичних заняттях з клінічних дисциплін.

Пояснення в навчальному процесі використовувалося для тлумачення термінів, понять, певних явищ, принципів дій з якими студенти стикаються вперше. Так, наприклад, пояснення застосовувалося у ході пояснення понять „медицина“, „сімейна медицина“, „медсестринство“, „теорії медсестринства“, „медсестринський процес“, „проблема пацієнта“ тощо; явища теплообміну організму, вплив фізичних та природних факторів на здоров'я людини тощо; розкриття змісту певного терміну, наприклад, „евтаназія“, „ціаноз“, „асцит“ тощо; пояснення сутності принципів раціонального харчування, призначеного режиму дієтичного харчування, особливостей застосування розвантажувальних днів, алгоритму медсестринських втручань, окремих інструментальних маніпуляцій, механізмів дії лікарських засобів, впливу певної процедури, маніпуляції чи медикаментозного засобу на організм

людини тощо. Частіше всього пояснення застосовувалися під час лекцій та практичних занять.

Розповідь використовувалася перед вивченням нової теми, під час пояснень її змісту та підведення підсумків заняття, узагальнення вивченого матеріалу. Зазначений метод засвідчив свою ефективність у ході пояснення актуальності в поєднанні з викладом нового матеріалу. При послідовному викладі навчального матеріалу, як правило, наводилися приклади реальних клінічних ситуацій. На першому курсі студенти вивчали основи медсестринства, формували практичні уміння і навички з маніпуляційної техніки, тому при вивченні наступних клінічних дисциплін, викладач за допомогою розповіді реалізовував принципи поступовості, пояснюючи особливості застосування певної навички в конкретній дисципліні. Наприклад, під час вивчення основ медсестринства студенти засвоїли техніку постановки катетера, клізми тощо, при вивченні медсестринства в педіатрії викладач загострював увагу на особливості застосування цих маніпуляцій у дитячій практиці щодо кількості введеної рідини, температури розчину, глибини введення, діаметру катетера чи наконечника для клізм, наводив приклади професійних помилок та їх наслідків для здоров'я пацієнтів дитячого віку.

Інструктаж шляхом надання чітких вказівок застосовувався для інформування про наступні дії майбутньої медсестри. Інструктаж (*вступний, поточний та заключний*) здійснювався на кожному практичному занятті. На початку практичного заняття студентам проводився *вступний інструктаж* (визначалася певна мета, завдання та способи їх досягнення); студентам демонструвалися дії, пояснювалась техніка виконання. У ході практики викладачем проводився *поточний інструктаж*, під час якого надавалася допомога кожному студенту, виправлялись його помилки, ще раз акцентувалась увага на техніці виконання маніпуляції. Якщо декілька студентів допускали одну й ту ж саму помилку, то до відпрацювання дії залучалися всі студенти групи чи підгрупи, аналізувалася помилка та повторювався алгоритм виконання певної медсестринської маніпуляції. Наприкінці заняття проводився *заклучний інструктаж*, на якому підводилися підсумки, аналізувалися помилки, демонструвались бездоганно виконані дії. Окрім практичних занять, інструктажі проводилися під час виробничої і переддипломної практики (додаток К).

Навчальна дискусія є ефективним методом формування професійно-педагогічної компетентності, який використовується при

обговоренні дій медсестер щодо впровадженню медсестринського процесу, що передбачає аналіз дії медичної сестри на кожному етапі, вимоги до реалізації всіх можливих форм, методів і засобів впливу на здоров'я пацієнта у процесі вирішення їх проблем та задоволення потреб. Як правило, дискутування було одним із елементів дидактичних ігор під час практичних занять.

Зазначимо, що навчальні дискусії сприяють розвитку у студентів клінічного мислення, формуванню певного професійного мовного запасу з використанням професійної лексики. Проте, не всі студенти виявилися спроможними виконати поставлені завдання, демонстрували недостатній словниковий запас, не могли спрогнозувати реакцію пацієнта на отриману інформацію. Деякі студенти не могли уявити себе в ролі медичного працівника хоча і володіли теоретичним багажем знань. Частина майбутніх фахівців бездоганно володіли маніпуляційною технікою, однак їм складно було висловити думку (вони соромились, боялись сказати щось не так, очікували неадекватної реакції одногрупників). У таких ситуаціях варто створювати акцент успіху, застосовувати похвалу, щоб викликати мотивацію до діалогу, впевненість у своїх здібностях та спроможності виконувати педагогічне завдання, що вимагає його вербалізації. Позитивним є той факт, що постійне залучення студентів до участі в бесідах і дискусіях зняло побоювання, сформувало впевненість, сприяло розвитку комунікативних здібностей та розуміння відповідальності кожного за загальний успіх у вирішенні колективних завдань.

Повідомлення застосовувалося при підготовці студентів до занять, що передбачало виконання попередніх завдань, наприклад, зібрати інформацію про якусь подію (Міжнародний День медичної сестри, день людей похилого віку, Всесвітній День психічного здоров'я тощо), явище (наприклад, повідомити про явище теплообміну), проблему та на наступному занятті розглянути її. Такий метод спонукає до пошуку інформації, прищеплює інтерес до нових знань, зацікавлює виступу з інформацією, яку інші можливо не знають.

Написання рефератів є однією із форм виконання самостійної роботи. У процесі нашого дослідження під час впровадження спеціального курсу пропонувалася підготовка рефератів. Так, при вивченні теми „Педагогічні аспекти в медсестринстві. Поняття медсестринська педагогіка. Навчання в сімейній медицині“ розглядався реферат на тему „Вимоги до вибору теми, місця і часу навчання пацієнта“; після практичного заняття за темою „Функціональні

особливості навчання правилам особистої гігієни, лікувального харчування та годування пацієнта “ студенти готували реферативне повідомлення про „ Роль сім'ї у забезпеченні особистої гігієни пацієнта “ тощо. Метод підготовки рефератів сприяє формуванню мислительських операцій, вдосконалює знання з пошуку наукової літератури, вибору найбільш значущого інформативного матеріалу, а їх презентація допомагає подоланню психологічного бар'єру виступу перед аудиторією та усвідомлення власної спроможності й підвищенню самооцінки.

Вирішення типових та нетипових клінічних ситуацій, розв'язування ситуаційних педагогічних задач, самотійна та індивідуальна робота розвивають клінічне мислення, сприяють розвитку творчої уяви, пошуку шляхів вирішення проблем. Так, при вивченні спецкурсу студентам пропонувалися ситуації з формулювання переліку проблем, які мали проаналізувати студенти, знайти відповідь та обґрунтувати її. Крім того, завдання містили ускладнені варіанти, наприклад, та сама ситуація, але медсестра для усунення проблеми здійснила певні дії, після чого пацієнту стало зле: студенти повинні були знайти помилку медсестри та вивести пацієнта із певного тяжкого стану. Таке завдання носить смислове навантаження непередбачуваних подій, ставить студента в екстремальні умови та спонукає до пошуку правильних рішень.

Спостереження широко застосовується в практиці медичної сестри. Перший етап медсестринського процесу передбачає медсестринське обстеження пацієнта, одним із засобів якого є спостереження. Медична сестра має: зібрати, проаналізувати, обґрунтувати інформацію про пацієнта на основі даних про його стан у момент звертання за медичною допомогою; провести суб'єктивні, об'єктивні і додаткові методи обстеження пацієнта. У ході спостереження медична сестра здійснює зовнішній огляд (загальний стан, зовнішній вигляд, свідомість, положення пацієнта в ліжку, рухомість, стан шкіри і слизових оболонок (колір і вологість), наявність набряків). Від уміння правильно оцінити стан пацієнта в результаті спостереження залежить ефективність подальших етапів сестринського процесу: виявлення проблем, формулювання медсестринських діагнозів, планування медсестринських втручань, виконання лікарських призначень, догляду за пацієнтом з метою вирішення проблем, оцінка результатів та корекція медсестринського процесу за потреби. Медсестра проводить мовчазне спостереження під час вислуховування скарг хворого; уважно

спостерігає за станом пацієнта під час та після виконання маніпуляцій, задаючи йому запитання про його самопочуття та відволікаючи його від самої маніпуляції, щоб не викликати небажаної реакції. Зібравши інформацію, вона має проаналізувати її, щоб визначити можливості хворого в аспекті надання самодопомоги, потребу в допомозі з боку членів сім'ї, а також у сестринському втручанні.

Наприклад, під час вивчення авторського спецкурсу та однієї з тем „Принципи інформування й навчання пацієнта і його родини при спостереженні за дихальною та серцево-судинною системами“ визначається алгоритм обговорення з пацієнтом, що страждає на порушення функції органів дихання. Майбутні медичні сестри перед тим, як навчати та інформувати пацієнта та його родину про особливості спостереження за дихальною системою, мають спочатку за допомогою вербального спілкування виявити проблеми пацієнта, пов'язані з диханням методом спостереження: при болю в грудній клітці під час вихання медична сестра повинна з'ясувати локалізацію, іррадіацію, тривалість, інтенсивність, характер, зв'язок із кашлем, положення тіла в момент болю тощо.

Спостережливість є важливою якістю особистості, має бути притаманна медичній сестрі. Після проведення спостереження з виявленням наявних і потенційних проблем пацієнта, студенти усвідомили значення досягнутого рівня засвоєння знань, що підвищувало їх самооцінку, стимулювало до розвитку спостережливості, яка підкріплюється знаннями, уміннями та навичками, доведеними до автоматизму.

Наукові дослідження в медсестринстві – одна із складових розвитку сестринської справи як наукової спеціальності. Їх проведення передбачало інформування щодо вимог, мети, завдань, об'єкту, предмету, методології дослідження, пропонувався перелік тем науково-дослідної роботи, яку студенти обирали за власним бажанням. Пошук матеріалу, розробка форм і методів дослідження сприяли розвитку творчості, креативності, реалізації нестандартних підходів, розвитку інтересів до пізнання досліджуваної теми. У процесі вивчення авторського спецкурсу студентам пропонувалися теми науково-дослідної роботи: „Роль медичної сестри сімейної медицини у формуванні знань населення з попередження інфекційних захворювань на прикладі шигельозу“, „Профілактика методом інформування населення медичною сестрою як елемент впливу на захворюваність вірусним гепатитом А“, „Формуванні знань населення про

профілактику цукрового діабету медичною сестрою сімейної медицини” тощо. Студенти досліджували статистичні показники захворюваності, розробляли опитувальники, анкети, опрацьовували отримані результати та робили висновки та пропозиції щодо шляхів вирішення проблеми.

Моделювання елементів передового досвіду здійснювалося в ході зустрічей з практикуючими медичними сестрами та обговорення цікавих випадків із практики, ветеранами медсестринства. Цей метод допомагає через призму сприйняття реальних подій, фактів, ситуацій зацікавити студентів у майбутній професії, уявити її суть та значущість для суспільства.

Зазначені методи спрямовані на засвоєння майбутніми сімейними медсестрами знань, розвиток пізнавальних процесів, стимулювання інтересу до навчання та власного та професійного вдосконалення.

Для підсилення ефекту засвоєння навчального матеріалу нами використовувалися *наочні методи навчання*, що сприяло повноцінному та цілісному сприйняттю інформації, продуктивності навчального процесу, що передбачало використанням наочності як в кабінетах доклінічної практики вищого медичного навчального закладу, так і на лікувальній базі закладів охорони здоров'я.

Ілюстрування ґрунтується на принципі включення зорових, слухових, тактильних та інші відчуттів та сприймання, моторики рухів тощо, що забезпечує всебічне сприйняття навчального матеріалу. Зазначене передбачає засвоєння методики виконання маніпуляції за допомогою допоміжних засобів ілюстрування, практичне виконання дій. Засобами ілюстрування є інструкції, графологічні та структурологічні схеми, алгоритми виконання медсестринської дії (протоколи), медсестринські практичні протоколи, таблиці, фотографії, анатомічні та практичні атласи, мультимедійна презентація, медсестринська історія хвороби, застосування проекторів, слайдів, інтерактивної дошки, відеороликів, застосування муляжів, фантомів, медичного інструментарію, додаткового оснащення, виробів медичного призначення, що забезпечує уявлення про суть маніпуляції з метою використання під час опанування практичною навичкою.

Демонстрування (демонстрація) медсестринських втручань, виконання маніпуляцій допомагає самостійному оволодінню відповідно до алгоритму, а повторення сприяє доведенню до автоматизму, що свідчитиме про певний рівень професіоналізму. Демонструванню передують теоретичне вивчення матеріалу теми, застосування

ілюстративного матеріалу, вивчення алгоритму медсестринських дій. Спочатку викладач демонструє, а студенти спостерігають, задають запитання, далі приступають до самостійного виконання під контролем викладача, спираючись на алгоритм та дотримуючись його. Викладач коментує виконання дії, вказує на помилки та неточності, залучає студента до власної оцінки, визначає проблемні запитання про наслідки від допущенні помилок. Студент, відчувавши відповідальність перед пацієнтом, продовжує практичний тренінг, доводячи його до автоматизму. Під час цього методу застосовуються технічні засоби навчання, інструментарій, муляжі, фанти, таблиці, препаровані матеріали, вироби медичного призначення.

На практичних заняттях *циклу професійної та практичної підготовки* студенти спочатку слухали обґрунтування викладача, вивчали алгоритм, потім спостерігали за демонстрацією викладачем певної процедури та маніпуляції, а вже після того відпрацьовували уміння та навички, імітуючи на муляжах та фантомах. Після виконання маніпуляції студентом проводився аналіз допущених помилок: на помилки вказував викладач або студенти, які спостерігали за виконанням дії, студент, співставляючи свої дії з алгоритмом, сам визначав помилки, передбачав їх наслідки та шукав шляхи їх виправлення. Викладач акцентував увагу студентів на найбільш поширені помилки студентів та закликав їх до зосередженості, урівноваженості, концентрації та переключення уваги, точності сенсомоторних дій. Наприклад, під час вивчення теми „Виписування, зберігання та застосування лікарських засобів“ при опануванні внутрішньошкірними, підшкірними, внутрішньом'язовими та внутрішньовенними ін'єкціями та при відпрацюванні техніки проведення спостерігались відхилення від техніки виконання, які суперечили стандартам і протоколам щодо проведення маніпуляцій, які варто дотримуватися з метою досягнення високих результатів і доведення набутої навички до автоматизму. Далі викладався сценарій, що включав в себе ігрові завдання, певні ролі. Акцентувалась увага на дотримання сюжетної лінії, обиралася тема з медсестринства, ознайомлення з реквізитами, атрибутикою гри.

Створювалось кілька груп, яким викладач давав однакові завдання. Одна група студентів виконувала роль медичної сестри, інша – пацієнта, третя – родича пацієнта або лікаря чи санітарки. Кожний учасник гри виконував певне завдання, обґрунтовують власну програму медсестринського втручання, а інша група теж демонструвала цю саму

ситуацію. Наприклад, родичка принесла передачу в лікарню хворому, де серед продуктів були ті, що заборонені лікарем. Завданням медичної сестри було переконати родичку хворого про заборону споживання даного продукту харчування як такого, що шкодить здоров'ю хворого, незважаючи на його гастрономічні звички. Цікаво було спостерігати, як студенти виконуючи однакові завдання, наводили різні аргументи з метою коректного переконання пацієнта та його родички про необхідність дотримання призначеної дієти за для власного здоров'я. Під час проведення гри відбувалась активізація студентів, викликана цікавістю їх до участі у вирішенні проблем клінічного медсестринства, що засвідчувало інтерес студентів до практичних занять. На завершення гри викладач спільно зі студентами коректував допущені помилки, які стосувались знання змісту матеріалу, вміння будувати розмову, дотримання етико-деонтологічних принципів, застосування знань з інших дисциплін.

Наведемо, для прикладу, методику проведення дидактичної гри „Судове засідання“, яка проводилася нами під час викладу теми „Зміст і методи навчання пацієнта і його родини в санології“. Викладач на початку гри спільно зі студентами обирає ведучих, підсудних, суддю, прокурора, захисника, судових засідателів. Студентам пропонується суд над шкідливими звичками – тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією, алкоголізмом, гіподинамією, а також самотійний вибір ролі. Варто зазначити, що результати попереднього опитування засвідчили, що частина студентів не вважає ці проблеми актуальними, проте переважна більшість схильється до думки про необхідність боротися з ними. Цікавим було те, що ролі шкідливих звичок студенти не хотіли обирати, а тому було проведено жеребкування. У процесі гри були засуджені шкідливі звички і окреслені завдання медичної сестри сімейної медицини у пропагуванні здорового способу життя серед пацієнтів та населення сімейної дільниці.

Використовуючи на практичному занятті дидактичні ігри, викладач зацікавлює студентів до участі у певних ситуацій, майбутні фахівці виконують різні ролі, що допомагає їм швидко орієнтуватися в передбачуваних та нестандартних ситуаціях, виявляти і вирішувати проблеми пацієнта, задовольняючи тим самим їх потреби, що сприяє формуванню професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Під час проведення практичного заняття за цією ж темою в іншій академічній групі, був використаний елемент дидактичної гри

„Аукціон проектів“. Оскільки тема санології включає раціональне харчування, рухову активність, загартовування, психічну саморегуляцію, активне довголіття тощо, завданням медичної сестри є пропагування здорового способу життя серед населення. Студентам було запропоновано створити проекти та публічно обговорити його на практичному занятті. Об'єднавшись у невеликі групи по 2-3 учасника, вони готували проект, презентували його перед іншими студентами, відповідали на поставлені запитання, обґрунтовували власну думку. Важливим було те, що майбутні фахівці повинні були бездоганно оволодіти знаннями з теми, щоб досягнути поставленої мети. Вони проявляли активність, фантазію, уяву, творчість, намагалися залучати всі знайомі їм механізми для вирішення завдання, розвивали мислительські операції, комунікативні здібності, тренували пам'ять. Дидактичні ігри полегшують студентам процес усвідомлення ролі медсестри, розуміння проблем пацієнта та їх потреб, що забезпечує професійне впровадження і виконання медсестринського процесу, розвиток здібностей медичної сестри-педагога.

Ділові ігри або їх елементи застосовувалися на практичних заняттях, де студенти виступали в ролі медичної сестри, старшої сестри, пацієнта, члена його родини, санітарки, сусідки по палаті тощо. Пропонувалося завдання, де студенти, розподіливши ролі, мали розіграти ситуацію з прогнозованим результатом або повести її хід за власним баченням. Наступні дії передбачали: аналіз діяльності, манери спілкування, дотримання етико-деонтологічних принципів.

Всі ці форми, методи і засоби навчання забезпечували формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки – складний багатофункціональний процес, що забезпечується поєднанням вивчення дисциплін циклу гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки, спецкурс „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині“; організацією самостійної навчальної та позааудиторної роботи; доклінічних, клінічних практичних занять з циклу професійної та практичної підготовки, різних видів практик.

Зазначене, на нашу думку, сприяє розвитку специфічного клінічного мислення, необхідного медичній сестрі в сімейній медицині, що, зокрема, характеризує досліджувану компетентність. Уміння висловлювати свою думку, наводити вагомі аргументи, рахуватись з

думкою колег, шукати спільні точки дотику в плануванні та вирішенні поставлених завдань, сприяють активні методи і засоби навчання (проблемні лекції, лекції-диспути, клінічні лекції, прогностичні лекції; практичні заняття з елементами рольових та ділових ігор, медсестринські консилиуми, прес-конференції, науково-практичні конференції, застосування на заняттях комплексу методичного та мультимедійного забезпечення, технічного оснащення муляжами й фантомами, медичним інструментарієм, виробами медичного призначення, розробка та впровадження комп'ютерних програм, електронних підручників тощо, як в межах занять, так і під час виконання самостійної роботи студентами, що забезпечить формування професійної компетентності медичної сестри загальної практики – сімейної медицини). Досягнення цього рівня стало можливим через застосування форм, методів і засобів організації навчально-виховного процесу розробленої технології, наведених у дослідженні, що забезпечило формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Таким чином, основне завдання запропонованої технології у формуванні професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, підготовка кваліфікованої медичної сестри-педагога, яка глибоко володіє теоретичними знаннями щодо проблем медсестринства у сімейній медицині та зможе реалізувати їх у практичній діяльності, виконано.

3.3. Аналіз результатів упровадження в практику моделі формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

У результаті констатувального етапу експерименту з'ясовано стан сформованості компонентів професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Виявлено, що майже половина студентів має низький рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності: мотиваційно-аксіологічний компонент розвинений у 44,3 % опитуваних студентів, когнітивний – у 45,6 %, операційно-діяльнісний – у 39,7 %, (для порівняння, високий рівень мотиваційно-аксіологічного компонента – у 4,7 %, когнітивного – у 3,8 %, операційно-діялісного – у 2,8 %). Зазначене доводить необхідність розробки і реалізації в системі фахової підготовки майбутніх медичних сестер сімейної медицини авторської технології навчання, яка містить мотиваційно-цільовий, змістовий, процесуальний, контрольний-оцінний та результативний компоненти.

З метою дослідження ефективності впровадження технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки здійснено формувальний етап експерименту, в якому брали участь 428 студентів, що були розподілені на експериментальні (ЕГ) – 204 студенти та контрольні (КГ) – 224 студенти групи. Навчання студентів, які складали КГ, проводилося за традиційною методикою з включенням елементів авторської технології, а студентів ЕГ – в межах реалізації технології формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини. З метою порівняння та аналізу отриманих в ЕГ і КГ результатів проводилося анкетування, застосовувалися опитувальники, тестування, розв'язання ситуаційних та проблемно-пошукових завдань тощо.

Дослідження *мотиваційно-аксіологічного* компонента професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини передбачало аналіз цінностей, мотивів, інтересів та потреб майбутніх медичних сестер сімейної медицини, що реалізувалося шляхом визначення стратегічних, тактичних, оперативних цілей формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

З цією метою застосовувалося анкетування на виявлення мотивації майбутніх медичних сестер сімейної медицини до становлення професійно-педагогічної компетентності у професійній діяльності. Оцінка кожної ознаки проводилась за 5-ти бальною шкалою. Бал 5 – означає наявність ознаки на високому рівні, 4 – на достатньому рівні, 3 – на середньому рівні, 2 – на низькому рівні і 1 – на дуже низькому рівні. Обчислення проводилося по кожній ознаці у відносних частотах:

$$f = \frac{n}{N} \quad \text{де } n - \text{сумарна кількість балів по кожній ознаці;}$$

$$N - \text{максимальна кількість балів по кожній ознаці.}$$

Рівні сформованості кожного компонента визначалися за формулою розрахунку та інтерпретацією коефіцієнта прояву ознаки В. П. Безпалька [18].

Таблиця 3.4

Анкета на виявлення мотивації майбутніх медичних сестер сімейної медицини до становлення професійно-педагогічної компетентності

№	Твердження	1	2	3	4	5
1	Діяльність медичної сестри є цінною, оскільки відіграє надзвичайно важливу роль в одужанні хворого.					
2	Я хочу стати фахівцем сімейної медицини через її					

	престижність.					
3	Я прагну стати фахівцем сімейної медицини, тому що мені подобається обрана професія.					
4	Я мрію самореалізуватися як високопрофесійний молодший медичний спеціаліст.					
5	Мої успіхи в професійній діяльності залежать від систематичного опрацювання психолого-педагогічної літератури.					
6	Я звертаю багато уваги на нову періодичну пресу психолого-педагогічного спрямування.					
7	Я постійно прагну до самовдосконалення та самореалізації а професійній діяльності.					
8	Мене приваблюють нові ідеї у сфері сімейної медицини.					
9	Я схильний до систематизації психолого-педагогічного матеріалу в сфері сімейної медицини.					
10	Вирішуючи будь-яку проблему сімейної медицини, я постійно звертаюсь до психолого-педагогічної літератури.					
11	Я активно працюю над професійним самовдосконаленням завдяки допитливості.					
12	Я отримую велике задоволення від того, коли починаю розуміти складні проблеми сімейної медицини.					
13	Я захоплююсь новими прогресивними ідеалами у сфері сімейної медицини.					
14	Я постійно прагну навчатись новому.					
15	У професії медичної сестри мене приваблює її гуманність.					
16	Я отримую задоволення від процесу надання допомоги іншим людям.					
17	Я поділяю радість з пацієнтом, який одужав.					

Значення коефіцієнта успішності $0,88 \leq f \leq 1$ відповідає високому рівню, $0,75 \leq f \leq 0,88$ – достатньому рівню, $0,50 \leq f \leq 0,75$ – середньому рівню, $f < 0,50$ – низькому рівню. Результати подано в табл. 3.5.

Для мотиваційно-аксіологічного компонента визначено: високий рівень – 75-85 балів; достатній рівень – 64-74 бали; середній рівень – 43-63 бали; низький рівень – менше 43 балів.

Таблиця 3.5

Динаміка формування мотиваційно-аксіологічного компонента професійно-педагогічної компетентності у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту

Рівні сформованості	Початок експерименту				Завершення експерименту			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%
Високий	7	3,4	8	3,6	34	16,7	17	7,6
Достатній	34	16,7	37	16,5	83	40,7	61	27,2
Середній	68	33,3	77	34,4	71	34,8	79	35,3
Низький	95	46,4	102	45,5	16	7,8	67	29,9

Дані наведеної таблиці свідчать, що рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компоненту професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини у студентів ЕГ набув позитивної динаміки (високий мотиваційно-аксіологічний компонент зріс з 3,4 % до 16,7% опитуваних, достатній – з 16,7% до 40,7%, тоді як низький рівень сформованості скоротився з 46,4% до 7,8%. У КГ динаміка сформованості досліджуваного компонента значно відрізняється від результатів ЕГ: сформованість високого компоненту зросла на 4%, а в ЕГ на 13,4%; достатній відповідно зріс в КГ на 10,7%, а в ЕГ на 24%; середній в КГ зріс на 0,9%, а в ЕГ на 1,1%; низький рівень в КГ знизився на 15,6%, тоді як в ЕГ – на 38,6%

Аналіз результатів сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента професійно-педагогічної компетентності у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту (%) наведено на рисунку 3.14.

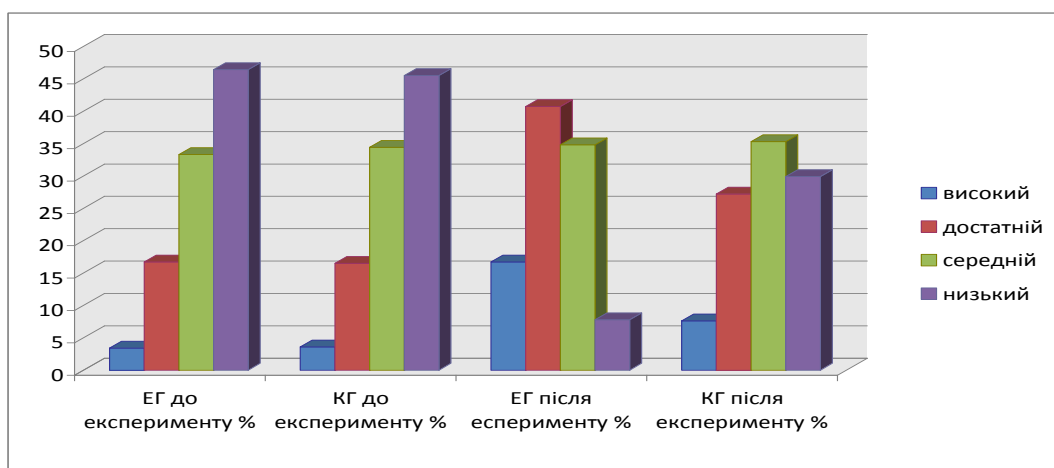


Рис 3.14. Рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента професійно-педагогічної компетентності у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту (%)

Достовірність результатів перевіряємо за допомогою критерію φ^* - кутового перетворення Фішера.

Сформулюємо статистичні гіпотези:

H_0 : кількість студентів, у яких рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента до опанування професійно-педагогічною компетентністю у майбутніх медичних сестер сімейної медицини експериментальній групі не вищий, ніж у контрольній групі.

H_1 : кількість студентів, в яких рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі.

Визначимо точку максимального розходження між двома розподіленнями відповідей за допомогою алгоритму розрахунку λ - критерію Колмогорова-Смірнова.

Максимальна виявлена між накопиченими емпіричними частками різниця складає 0,226.

Таблиця 3.6

Розрахунок максимальної різниці накопичених відносних частот у рівні сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента в контрольних та експериментальних групах після формувального етапу експерименту

Рівні	Емпіричні частоти	Емпіричні частки	Накопичені емпіричні частки	Різниця $ d $
-------	-------------------	------------------	-----------------------------	---------------

Розділ 3. Експериментальна перевірка ефективності моделі формування професійно-педагогічної компетентності студентів медсестринського відділення

	ЕГ	КГ	f_e^*	f_k^*	$\sum f_e^*$	$\sum f_k^*$	
Високий	34	17	0,167	0,076	0,167	0,076	0,091
Достатній	83	61	0,407	0,272	0,574	0,348	0,226
Середній	71	79	0,348	0,353	0,922	0,701	0,221
Низький	16	67	0,078	0,299	1	1	0

Ця різниця знаходиться на середньому рівні. Використаємо верхню границю даної ознаки у якості критерію для розділення двох вибірок на підгрупи, де „ є ефект “ і „ ефекту немає “.

Таблиця 3.7

Розподіл прогнозів сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента в експериментальній та контрольній групах після формувального етапу експерименту

Рівні	Емпіричні частоти вибору		Суми
	ЕГ	КГ	
Високий та достатній	117	78	195
Середній та низький	87	146	233
Суми	204	224	428

Розподіл прогнозів сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента в експериментальній та контрольній групах після формувального етапу експерименту із 204 досліджуваних в ЕГ 117 – високий та достатній рівень, у 87 – середній та низький рівень; із КГ – високий та достатній – 78, середній та низький – 146. Складемо таблицю для критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера.

Таблиця 3.8

Чотирьохклітинна таблиця для обчислення ϕ^* - критерію для виявлення відмінностей сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента в експериментальній і контрольній групах після формувального етапу експерименту

Група	„ Є ефект “		„ Ефекту немає “		Всього
	АЗ	%	АЗ	%	
ЕГ	117	57,4	87	42,6	204
КГ	78	34,8	146	65,2	224
Всього	195		233		428

Визначимо величини ϕ_e і ϕ_k за таблицею:

$$\varphi_e(57,4\%)=1,719$$

$$\varphi_k(34,8\%)=1,262$$

Обчислимо емпіричне значення критерію φ^*

$$\varphi_{емп}^* = (\varphi_e - \varphi_k) \cdot \sqrt{\frac{n_e \cdot n_k}{n_e + n_k}} = (1,719 - 1,262) \cdot \sqrt{\frac{204 \cdot 224}{204 + 224}} = 4,72$$

Критичні значення φ^* становлять:

$$\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64 (p \leq 0,05) \\ 2,31 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

Таким чином, $4,27 > 2,31$ ($\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$) для $p \leq 0,01$.

Отже, H_0 відхиляється. Приймається H_1 . Рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компоненту для $p \leq 0,01$. Кількість студентів, в яких рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента до опанування професійно-педагогічною компетентністю у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі.

Когнітивний компонент професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини базується на сукупності фахових та психолого-педагогічних знань. У межах змістового компонента технології уточнюється і збагачується зміст підготовки, що включає дисципліни гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін, циклу професійної та практичної підготовки. Центром змістового компонента пропонованої технології виступає спеціальний курс „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині“, що має забезпечити реалізацію поставленої мети. Для виявлення рівня професійно-педагогічних знань майбутніх медичних сестер сімейної медицини застосовувалась авторська анкета.

Таблиця 3.9

Анкета для виявлення рівня професійно-педагогічних знань майбутніх медичних сестер сімейної медицини

№	Твердження	1	2	3	4	5
1.	Базові знання з основ педагогіки.					
2	Знання механізмів розвитку мотивації пацієнтів до навчання.					
3	Знання з теорії і методики виховної роботи.					
4	Знання системи педагогічних засобів, що дають змогу досягати терапевтичного ефекту.					
5	Знання форм та методів, які сприяють соціалізації важко хворих та інвалідів.					

Розділ 3. Експериментальна перевірка ефективності моделі формування професійно-педагогічної компетентності студентів медсестринського відділення

6	Знання основ педагогіки співробітництва, яка передбачає спільну діяльність медичної сестри і пацієнта та його оточення.					
7	Знання базових засад особистісно орієнтованого виховання, що спрямовують лікувальний процес до інтересів, потреб та життєвих цінностей пацієнта.					
8	Знання педагогіки життєтворчості, яка передбачає творчий підхід до спонукання пацієнта в пошуку шляхів відновлення здоров'я, змін ставлення до життя.					
9	Знання основ толерантної педагогіки.					
10	Знання методів та прийомів формування у пацієнта і його родини поглядів, переконань у власній відповідальності.					
11	Знання форм та методів прищеплення навичок само- та взаємодогляду.					
12	Знання психічних станів хворого.					
13	Знання основ здорового способу життя і санології.					
14	Знання основ профілактики захворювань.					
15	Знання основ загальної психології.					
16	Знання психології особистості.					
17	Знання медичної психології.					
18	Знання методів та прийомів психолого-педагогічного консультування.					
19	Знання впливу хвороби на психічний стан пацієнта.					
20	Знання особливостей взаємовідносин пацієнта і його родини до і під час хвороби.					
21	Знання особливостей змін психіки пацієнта у умовах хвороби.					
22	Знання діагностичних методів дослідження для виявлення ставлення їх до здоров'я, хвороби, до способу життя.					
23	Знання медичною сестрою психічних типів пацієнта.					
24	Знання структури комунікаційного процесу та шляхів подолання міжособистісних бар'єрів комунікації.					
25	Знання про стратегії та тактики управління конфліктами.					
26	Знання етапів стандартної моделі мед сестринського процесу та його впровадження у мед сестринській педагогіці.					

Оцінка кожної ознаки проводилась за 5-ти бальною шкалою. Бал 5 – означає наявність ознаки на високому рівні, 4 – на достатньому рівні, 3 – на середньому рівні, 2 – на низькому рівні і 1 – на дуже низькому рівні.

Таблиця 3.10

Оцінка рівнів сформованості когнітивного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту

Рівні	Початок експерименту				Завершення експерименту			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%
Високий	6	2,9	6	2,7	32	15,7	14	6,3
Достатній	32	15,6	36	16,1	86	42,2	58	25,9
Середній	57	27,9	65	29,0	73	35,8	74	33,0
Низький	109	54,4	117	52,2	13	6,3	78	34,8

Для гностичного компонента визначено наступні кількісні показники сформованості рівня знань: високий рівень – 115-130 балів; достатній рівень – 98-114 бали; середній рівень – 65-97 бали; низький рівень – менше 65 балів.

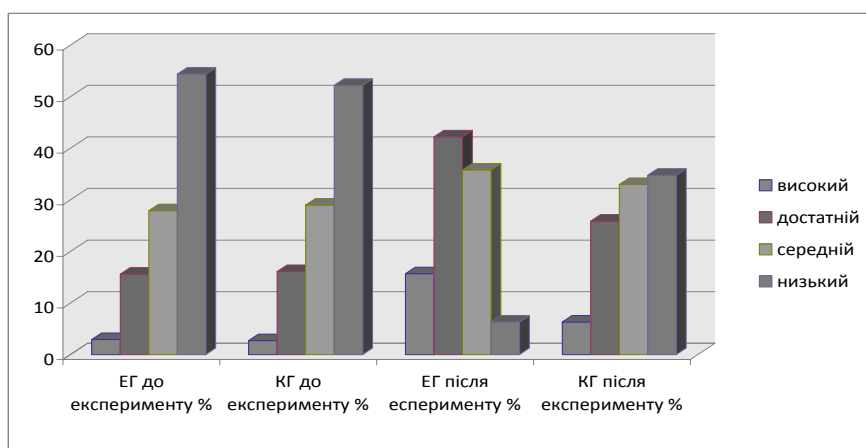


Рис 3.15. Рівень сформованості когнітивного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту(%)

Достовірність результатів перевіримо за допомогою критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера.

Сформульовано статистичні гіпотези:

H_0 : кількість майбутніх медичних сестер сімейної медицини, в яких рівень сформованості когнітивного компонента в експериментальній

групі не вищий, ніж в контрольній групі після формувального етапу експерименту.

H_1 : кількість майбутніх медичних сестер сімейної медицини, у яких рівень сформованості когнітивного компонента в експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі після формувального етапу експерименту.

Таблиця 3.11

Розподіл прогнозів сформованості когнітивного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах після формувального етапу експерименту

Рівні	Емпіричні частоти вибору		Суми
	ЕГ	КГ	
Високий та достатній	118	72	190
Середній та низький	86	152	238
Сума	204	224	428

Перейдемо до робочої таблиці для обчислення критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера.

Таблиця 3.12

Чотирьохклітинна таблиця для обчислення ϕ^* - критерію для виявлення відмінностей сформованості когнітивного компонента в експериментальній і контрольній групах після формувального етапу експерименту

Група	„Є ефект“		„Ефекту немає“		Всього
	АЗ	%	АЗ	%	
ЕГ	118	57,8	86	42,2	204
КГ	72	32,1	152	67,9	224
Всього	190		238		428

Визначимо величини ϕ_e і ϕ_k за таблицею:

$$\phi_e(57,8\%)=1,727$$

$$\phi_k(32,1\%)=1,205$$

Обчислимо емпіричне значення критерію ϕ^*

$$\phi_{\text{емп}}^* = (\phi_e - \phi_k) \cdot \sqrt{\frac{n_e \cdot n_k}{n_e + n_k}} = (1,727 - 1,205) \cdot \sqrt{\frac{204 \cdot 224}{204 + 224}} = 5,39$$

Критичні значення ϕ^* , які відповідають прийнятим у психолого-педагогічних дослідженнях рівням статистичної значущості:

$$\varphi_{кр}^* = \begin{cases} 1,64 (p \leq 0,05) \\ 2,31 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

Таким чином, $5,39 > 2,31$ ($\varphi_{емі}^* > \varphi_{кр}^*$) для $p \leq 0,01$.

Отже, H_0 відхиляється. Приймається H_1 . Кількість майбутніх медичних сестер сімейної медицини, в яких рівень сформованості когнітивного компонента в експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі після формувального етапу експерименту для $p \leq 0,01$.

Операційно-діяльнісний компонент професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь

Анкета на виявлення умінь майбутніх медичних сестер сімейної медицини до становлення професійно-педагогічної компетентності у професійній діяльності.

Оцінка кожної ознаки проводилась за 5-ти бальною шкалою. Бал 5 – означає наявність ознаки на високому рівні, 4 – на достатньому рівні, 3 – на середньому рівні, 2 – на низькому рівні і 1 – на дуже низькому рівні.

Для операційно-діялісного компонента визначено наступні кількісні показники сформованості рівня знань:

- Високий рівень – 308-350 балів;
- Достатній рівень – 263-307 бали;
- Середній рівень – 175-262 бали;
- Низький рівень – менше 175 балів.

Таблиця 3.13

Оцінка рівнів сформованості операційно-діялісного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту

Рівні сформованості	Початок експерименту				Завершення експерименту			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%	а.з.	%
Високий	4	2,0	5	2,2	29	14,2	13	5,8
Достатній	41	20,1	44	19,6	88	43,1	62	27,7
Середній	62	30,4	67	30,0	71	34,8	73	32,6
Низький	97	47,5	108	48,2	16	7,9	76	33,9

Достовірність результатів перевіряємо за допомогою критерію φ^* - кутового перетворення Фішера.

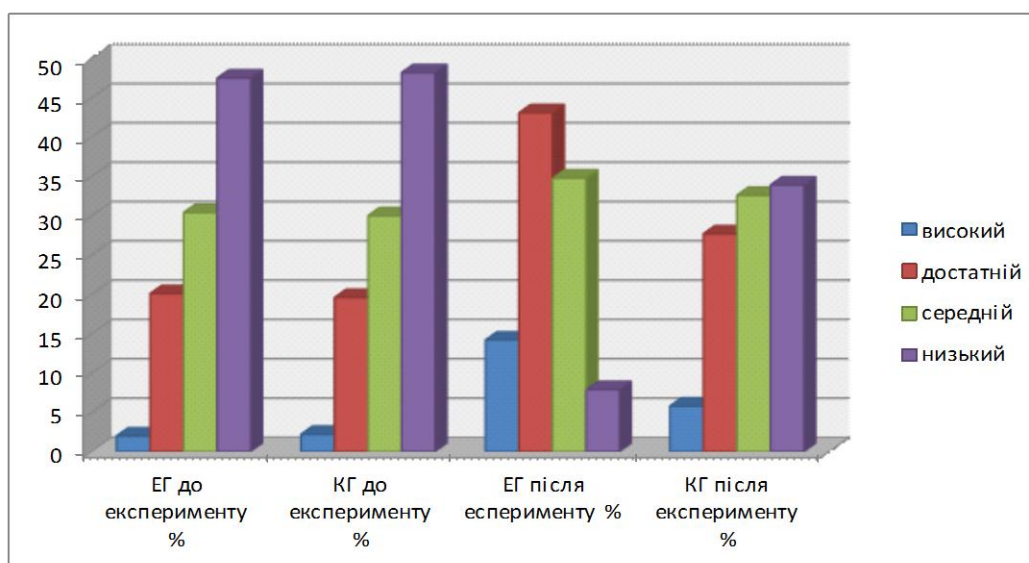


Рис 3.16. Рівень сформованості операційно-діяльнісного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту (%)

Сформулюємо статистичні гіпотези:

H_0 : кількість студентів, у яких рівень сформованості операційно-діяльнісного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини експериментальній групі не вищий, ніж в контрольній групі.

H_1 : кількість студентів, у яких рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі.

Таблиця 3.14

Розподіл прогнозів сформованості операційно-діяльнісного компонента в експериментальній та контрольній групах після формувального етапу експерименту

Рівні	Емпіричні частоти вибору		Суми
	ЕГ	КГ	
Високий та достатній	117	75	192
Середній та низький	87	149	236
Суми	204	224	428

Складемо таблицю для критерію φ^* - кутового перетворення Фішера.

Таблиця 3.15

Чотирьохклітинна таблиця для обчислення φ^* - критерію для виявлення відмінностей сформованості операційно-діяльнісного компонента в експериментальній і контрольній групах після формувального етапу експерименту

Група	„Є ефект“		„Ефекту немає“		Всього
	A3	%	A3	%	
ЕГ	117	57,4	87	42,6	204
КГ	75	33,5	149	66,5	224
Всього	192		236		428

Визначимо величини φ_e і φ_k за таблицею:

$$\varphi_e(57,4\%)=1,719$$

$$\varphi_k(34,8\%)=1,234$$

Обчислимо емпіричне значення критерію φ^*

$$\varphi_{\text{емп}}^* = (\varphi_e - \varphi_k) \cdot \sqrt{\frac{n_e \cdot n_k}{n_e + n_k}} = (1,719 - 1,234) \cdot \sqrt{\frac{204 \cdot 224}{204 + 224}} = 5,0$$

Критичні значення φ^* становлять:

$$\varphi_{\text{кр}}^* = \begin{cases} 1,64 (p \leq 0,05) \\ 2,31 (p \leq 0,01) \end{cases}$$

Таким чином, $5,0 > 2,31$ ($\varphi_{\text{емп}}^* > \varphi_{\text{кр}}^*$) для $p \leq 0,01$.

Отже, H_0 відхиляється. Приймається H_1 . Рівень сформованості операційно-діяльнісного компоненту для $p \leq 0,01$. Кількість студентів, у яких рівень сформованості операційно-діяльнісного компонента в експериментальній групі вищий, ніж в контрольній групі.

Особистісний компонент професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини розкривається через розвиток та становлення медичної сестри як особистості, якій мають бути притаманні такі особистісні якості, як емпатійність, чуйність, ввічливість, колегіальність, працьовитість, цілеспрямованість, відповідальність, спостережливість, дисциплінованість, толерантність, старанність тощо, рівень розвитку яких і став предметом дослідження особистісного компоненту досліджуваної компетентності.

Таблиця 3.16

Оцінка сформованості особистісного компонента у майбутніх медичних сестер сімейної медицини в експериментальній та контрольній групах до та після формувального етапу експерименту (у відносних частотах)

№	Особистісні характеристики	Початок експеримент		Завершення експеримент		Різниця W після експерименту
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	
1	Емпатійна	0,22	0,23	0,41	0,29	0,12
2	Дисциплінована	0,47	0,45	0,58	0,47	0,11
3	Старанна	0,44	0,42	0,56	0,44	0,12
4	Спостережлива	0,33	0,36	0,54	0,39	0,15
5	Працьовита	0,49	0,48	0,62	0,52	0,10
6	Чемна	0,39	0,41	0,58	0,47	0,11
7	Чуйна	0,33	0,32	0,53	0,37	0,16
8	Охайна	0,48	0,51	0,63	0,53	0,10
9	Чесна	0,29	0,30	0,44	0,33	0,11
10	Справедлива	0,41	0,42	0,59	0,47	0,12
11	Товариська	0,36	0,34	0,53	0,39	0,14
12	Комунікабельна	0,37	0,38	0,64	0,47	0,17
13	Самокритична	0,24	0,22	0,39	0,28	0,11
14	Відповідальна	0,18	0,17	0,40	0,22	0,18
15	Доброзичлива	0,26	0,29	0,41	0,31	0,10
16	Альтруїстична	0,36	0,37	0,53	0,41	0,12
17	Толерантна	0,16	0,18	0,34	0,23	0,11
18	Цілеспрямована	0,21	0,21	0,46	0,32	0,14
19	Активна	0,29	0,28	0,46	0,34	0,12
20	Ініціативна	0,23	0,24	0,37	0,26	0,11
21	Креативна	0,14	0,12	0,36	0,15	0,21
22	Врівноважена	0,23	0,25	0,46	0,34	0,12

Достовірність результатів перевіримо за допомогою t-критерію Стьюдента.

Сформульовано статистичні гіпотези:

H_0 : кількість майбутніх медичних сестер сімейної медицини, в яких рівень розвитку особистісного компонента в експериментальній групі

не вищий, ніж у контрольній групі після формувального етапу експерименту.

H_1 : кількість майбутніх медичних сестер сімейної медицини, в яких рівень розвитку особистісного компонента в експериментальній групі вищий, ніж у контрольній групі після формувального етапу експерименту.

Маємо: $f_e = 0,62$; $f_k = 0,52$; $n_e = 204$; $n_k = 224$

Обчислюємо середню квадратичну помилку частки S_f :

$$S_{f_e} = \sqrt{\frac{f_e \cdot (1 - f_e)}{n_e}} = \sqrt{\frac{0,62 \cdot (1 - 0,62)}{204}} = 0,034$$

$$S_{f_k} = \sqrt{\frac{0,52 \cdot (1 - 0,52)}{224}} = 0,033$$

Обчислюємо середню помилку різниці часток:

$$S_{f_e - f_k} = \sqrt{S_{f_e}^2 + S_{f_k}^2} = \sqrt{0,034^2 + 0,033^2} = 0,047$$

Обчислюємо емпіричне значення (нормоване відхилення):

$$t_{\text{емп}} = \frac{f_e - f_k}{S_{f_e - f_k}} = \frac{0,62 - 0,52}{0,047} = 2,13$$

число ступеней свободи:

$$k = n_e + n_k - 2 = 204 + 224 - 2 = 426$$

За таблицею t-критерію Стюдента знаходимо t критичне.

$$t_{\text{крит}} = 1,96 \quad \text{для } p \leq 0,05$$

$$2,13 > 1,96 \quad (t_{\text{емп}} > t_{\text{крит}}) \quad \text{для } p \leq 0,05$$

Отже, H_0 відхиляється. Приймається H_1 . Рівень сформованості особистісних характеристик для $p \leq 0,05$.

Таким чином, узагальнення результатів формувального етапу експерименту здійснено за допомогою комплексу методів. Рівні сформованості кожного компонента визначалися за формулою розрахунку та інтерпретацією коефіцієнта прояву ознаки В. П. Безпалька, методики О. Смирнова, заснованої на використанні бальних шкал та відносних частот. Достовірність результатів перевірялась за допомогою критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера та t-критерію Стюдента.

Доведено, що кількість студентів, в яких рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності сягає високого та достатнього рівнів в ЕГ вища, ніж в КГ, що є підтвердженням результативності впливу експериментальної технології та свідчить про її ефективність.

Висновки до розділу 3

У розділі представлено результати експериментальної роботи. На

діагностувальному етапі експерименту визначено стан розвитку сімейної медицини в Україні. Виявлено недостатність медсестринських кадрів та необхідність їх спеціальної фахової підготовки.

У результаті констатувального етапу експерименту з'ясовано рівні сформованості компонентів професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Виявлено, що майже половина студентів має низький рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності: мотиваційно-аксіологічний компонент розвинений у 44,3 % опитуваних студентів, когнітивний – у 45,6 %, операційно-діяльнісний – у 39,7 %, (для порівняння, високий рівень мотиваційно-аксіологічного компонента – у 4,7 % опитаних студентів, когнітивного – у 3,8 %, операційно-діялісного – у 2,8 %).

Зазначене доводить необхідність розробки і реалізації в системі фахової підготовки майбутніх медичних сестер сімейної медицини авторської технології навчання, яка містить мотиваційно-цільовий, змістовий, процесуальний, контрольню-оцінний та результативний компоненти.

Мотиваційно-цільовий компонент технології реалізується шляхом визначення стратегічних, тактичних, оперативних цілей формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки, мотивів, потреб, інтересів, цінностей фахової діяльності. У межах *змістового* компонента уточнюється і збагачується зміст підготовки, що включає дисципліни гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, клінічних дисциплін, циклу професійної та практичної підготовки. Центром змістового компонента пропонованої технології виступає спеціальний курс „Педагогічні основи навчання пацієнта і його родини в сімейній медицині“, що сприятиме реалізації поставленої мети. *Процесуальний* компонент реалізовується через застосування спеціально відібраних форм організації, методів і засобів формування, що здійснюється у три етапи: початковий, основний і завершальний. *Контрольно-оцінний* компонент передбачає оцінювання проміжних результатів навчання за допомогою застосування різноманітних форм і методів контролю. *Результатом* упровадження пропонованої технології постає сформована професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини.

Виявлено важливість удосконалення змісту практичних занять з циклу професійної та практичної підготовки, різних видів практик,

наукових гуртків, проблемних груп, зустрічей з практикуючими медсестрами, науково-дослідної роботи, підготовку рефератів, бакалаврських, магістерських курсових робіт у процесі формування досліджуваної компетентності.

З метою дослідження ефективності впровадження технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки здійснено формувальний етап експерименту, в якому брали участь 428 студентів, що були розподілені на експериментальні (ЕГ) – 204 студенти та контрольні (КГ) – 224 студенти групи. Навчання студентів, які складали КГ, проводилося за традиційною методикою з включенням елементів авторської технології, а студентів ЕГ – в межах реалізації технології формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини. З метою порівняння та аналізу отриманих в ЕГ і КГ результатів проводилося анкетування, застосовувалися опитувальники, тестування, розв'язання ситуаційних та проблемно-пошукових завдань тощо.

Аналіз результатів формувального етапу експерименту засвідчив ефективність запропонованої технології формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки. Рівень сформованості мотиваційно-аксіологічного, когнітивного, операційно-діяльнісного, особистісного досліджуваних компонентів у студентів ЕГ набув позитивної динаміки (високий мотиваційно-аксіологічний компонент зріс з 3,4 % до 16,7% опитуваних, достатній – з 16,7% до 40,7%; високий когнітивний відповідно зріс з 2,9 % до 15,7% та достатній з 15,6% до 42,2%; високий операційно-діяльнісний з 2,0% до 14,2%, достатній з 20,1 % до 43,1 % .

Узагальнення результатів формувального етапу експерименту здійснено за допомогою комплексу методів. Рівні сформованості кожного компонента визначалися за формулою розрахунку та інтерпретацією коефіцієнта прояву ознаки В. П. Безпалька, методики О. Смирнова, заснованої на використанні бальних шкал та відносних частот. Достовірність результатів перевірялась за допомогою критерію ϕ^* - кутового перетворення Фішера та t-критерію Стюдента.

Доведено, що кількість студентів, в яких рівень сформованості професійно-педагогічної компетентності сягає високого та достатнього рівнів в ЕГ вища, ніж в КГ, що є підтвердженням результативності впливу експериментальної технології та свідчить про її ефективність.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів наукового дослідження дає підстави зробити такі **висновки** та окреслити перспективи подальшої роботи:

1. На основі аналізу стану досліджуваної проблеми в педагогічній теорії і практиці медсестринської підготовки виникнення на різних етапах розвитку медсестринства основних його моделей доведено, що найбільш поширеною є модель основних життєвих потреб Вірджинії Хендерсон.

Вивчення нормативних документів, які регламентують поетапний план переходу України до організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини засвідчує про недостатність медсестринських кадрів для роботи в сфері сімейної медицини закладів охорони здоров'я України та необхідність формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Виокремлено основні наукові підходи реалізації підготовки медичної сестри сімейної медицини (системний, компетентісний, особистісний, діяльнісний, технологічний). На основі здійсненого категоріального аналізу базових понять дослідження представлено авторське тлумачення поняття „професійно-педагогічна компетентність медичної сестри сімейної медицини“, що розглядається як процес оволодіння знаннями, вміннями і навичками здійснювати просвітницьку діяльність серед населення. Формування досліджуваної компетентності є складним багатофункціональним інтегрованим процесом, спрямованим на усвідомлення студентами медсестринських відділень мотивів, потреб, інтересів, цінностей, що сприятимуть їх медсестринській діяльності, поєднання теоретичної та практичної професійної підготовки, введення в зміст навчання педагогічних знань, що забезпечить їх професійно-педагогічну компетентність.

2. Визначено структуру професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, яка включає мотиваційно-аксіологічний (через цінності, мотиви, інтереси та потреби); когнітивний (базується на сукупності фахових та психолого-педагогічних знань); операційно-діяльнісний (реалізується через комплекс гностичних, проектувальних, конструктивних, організаторських, комунікативних умінь); особистісний (через розвиток та становлення медичної сестри як особистості).

Охарактеризовано цінності, мотиви, інтереси та потреби майбутніх фахівців, які є пріоритетними у процесі майбутньої професійної

діяльності. Визначено сукупність факторів та психолого-педагогічних знань, які характеризують професійно-педагогічну компетентність, а також комплекс відповідних умінь та особистісних якостей (емпатійність, чуйність, ввічливість, колегіальність, працьовитість, цілеспрямованість, відповідальність, спостережливість, дисциплінованість, толерантність, старанність тощо).

3. Теоретично обґрунтовано модель формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, що дозволить підготувати на додипломному рівні фахівця, який відповідає ОКХ спеціаліста медсестринства для діяльності в сімейній медицині. Пропонована модель включає цільовий, концептуальний, мотиваційно-стимулюючий, змістовий, процесуальний, контрольно-оцінний та результативний блоки, комплексне застосування яких забезпечує ефективність її реалізації.

Визначено критерії (мотиваційний, ціннісний, знаннєвий, діяльнісний, рефлексивний), що розкриваються через показники і рівні сформованості професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки (низький, середній, достатній, високий). Доведено, що зазначені критерії становлять критеріальну систему оцінювання професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

4. Розроблено та експериментально перевірено технологію формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини в процесі фахової підготовки, що складається мотиваційно-цільового, змістового, процесуального, контрольно-оцінного та результативного компонентів. Виокремлено три послідовні, взаємопов'язані етапи цього процесу: початковий, основний, завершальний; охарактеризовано їх особливості

Аналіз результатів формувального етапу експерименту засвідчив суттєві зміни у розподілі студентів за рівнями сформованості професійно-педагогічної компетентності. Зокрема, збільшилась кількість студентів, які досягли достатнього рівня мотиваційно-аксіологічного компонента (з 16,7 % до 40,7 %), когнітивного компонента (з 15,6 % до 42,2 %), операційно-діяльнісного (з 20,1 % до 43,1 %). Зменшилась кількість студентів, що мали низький рівень мотиваційно-аксіологічного компонента (з 46,4 % до 7,8 %), когнітивного компонента (з 54,4 % до 6,3 %), операційно-діяльнісного (з 47,5 % до 7,9 %).

Результати експерименту підтвердили ефективність запропонованої авторської моделі й технології та доцільність їх використання у навчальному процесі вищих медичних навчальних закладах.

5. У процесі дослідження підготовлено методичні рекомендації для методистів та викладачів ВМНЗ „Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки“ та розроблено навчально-методичний супровід до спеціального курсу „Педагогічні основи навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині“, що сприятиме вдосконаленню навчально-методичного забезпечення навчального процесу та підвищенню рівня сформованості професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшої наукової розробки потребує: пошук шляхів удосконалення професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі післядипломної освіти; детальне вивчення, обмін та запозичення зарубіжного досвіду організації формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аветісова І. С. Формування у майбутніх професійних умінь розв'язувати ситуативні завдання: автореф. дис....канд. пед. наук: 13.00.04 / І. С. Аветісова; Національний авіаційний університет». – Київ, 2011. – 21 с.
2. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. Історія, теорія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. М. Алексюк. – К.: Либідь, 1998. – 558 с.
3. Алма-Атинська декларація // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д. Д. Венедиктова. – М.: Медицина, 1981. – С. 257-267.
4. Амосов М. М. Здоров'я. – 2-е видання, виправлене. Серія «Здоров'я Вашого дому». – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2005. – 120 с.
5. Андрієвський І. Ю. Педіатрія в модулях: навчальний посібник. / І. Ю. Андрієвський, В. С. Тарасюк, В. В. Титаренко та ін. – К.: Медицина, 2007. – 336 с.
6. Анєнкова І. П., Байдан М. А., Горчакова О. А., Руссол В. М. Педагогіка: модульний курс [Текст]. Навчальний посібник / І. П. Анєнкова, М. А. Байдан, О. А. Горчакова, В. М. Руссол: – Львів: Новий Світ-2000, 2011. – 567 [1] с.
7. Антонова О. Є. Базові знання з педагогіки: становлення, розвиток, технологія формування: Монографія. – Житомир: ЖДПУ, 2003. – 208 с.
8. Антонова О. Є. Обдарованість: досвід історичного та порівняльного аналізу: Монографія. – Житомир: Житомир. держ. ун-т, 2005. – 456 с.
9. Антропова Т. О. Медсестринство в сімейній медицині: підручник / Т. О. Антропова. – К.: Медицина, 2008. – 488 с.
10. Бабінець Л. С., Шульгай А. Г., Матюк Л. М., Ярмоленко О. М., Зайцев В. В., Польовчик В. І., Ярема Н. І., Леськів М. М., Куліковський Л. Л. Проблеми та перспективи розвитку сімейної медицини в м. Тернополі / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 13-15.
11. Бабіно В. М. Методичні рекомендації щодо організації викладання біологічних дисциплін / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації. Випуск 13. – К.: Інтас., 2008. – 369 с.
12. Базовий термінологічний глосарій системи вищої медичної освіти України. Науково-довідкове видання / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський; – Львів: Ліга-Прес, 2005. – 176 с.
13. Банчук М. В., Волосовець О. П., Чернищенко Т. І. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні // Магістр медсестринства, 2008. – № 1 – С. 18-21.
14. Батурін О. І. Організація наставництва / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів І-ІІ рівнів акредитації. Вип. 7. – К.: Інтас., 2006. – 225 с.
15. Баханьков А. Е и др. Толковый словарь русского языка: Для средней школы / А. Е. Баханьков, И. М. Гайдукевич, П. П. Шуба. – 2-е изд. перераб. и доп. – Мн.: Нар. аскета., 1985. – 335 с.
16. Безруков В. В., Проблеми здоров'я літніх людей та забезпечення їх медичною допомогою в Україні / В. В. Безруков, Н. В. Вержиковська, В. В. Чайковська // Журн. АМН України, 2000. – Вип. 9. – № 1. – С. 93-106.
17. Березюк О. С. Моделювання педагогічних ситуацій як метод підготовки майбутніх учителів до роботи з учнями: монографія / О. С. Березюк. – К.: Академія, 2003. – 160 с.
18. Беспалько В. П. Педагогіка и прогрессивные технологии профессионального образования. – М., 1995. – 236 с.
19. Беспалько В. П., Татур Ю. Г. Системно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса подготовки студентов. – М.: Высш. шк., 1989. – 143 с.

20. Бех І. Д. Становлення професіонала в сучасних соціальних умовах / І. Д. Бех // Педагогіка толерантності. – 2001. – № 3-4. – С. 157-162.
21. Бібік Н. М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування / Н. М. Бібік // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / За заг. ред. О. В. Овчарук – К.: К.І.С., 2004. – С. 47-52.
22. Боерма В. Г. Роль врача общей практики в первичной медико-санитарной помощи / В. Г. Боерма, Д. М. Флеминг. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2001. – 183 с.
23. Бойчук І. Д., Зубрицька Л. О. Особливості викладання органічної хімії в умовах кредитно-модульної системи / І. Д. Бойчук, Л. О. Зубрицька // Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Випуск 11. – К.: Інтал, 2007. – С. 32-38.
24. Большая советская энциклопедия / Сост. Прохоров А.М. – М.: Сов.Энци-ия, 1973. – Т. 12. – С. 585.
25. Большая советская энциклопедия. Гл. ред. В. А. Введенский. – 2-е изд. – Т. 22. – Коллиматор – Коржины. – М.: Гос. научн. изд. БСЭ, 1953. – 628 с.
26. Бондар В. І. Теорія і технологія управління процесом навчання у школі: навч. посіб. / В. І. Бондар; [АПН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова]. – К., 2000. – 191 с.
27. Бордовская Н. В., Реан А. А. Педагогика. Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с. – (Серия «Учебник нового века»)
28. Ващенко Г. Загальні методи навчання: підруч. для педагогів / Г. Ващенко. – К.: Укр. видавнича спілка, 1997. – 410 с.
29. Введенский В. Н. Моделирование профессиональной компетентности педагога / В. Н. Введенский // Педагогика, 2003. – № 10. – С. 51-55.
30. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К. – Ірпінь: ВТФ «Перун», 2004. – 1440 с.
31. Вержиковська Н. В. Состояние и перспективы развития старения и долголетия. Проблемы амбулаторной помощи населению старше трудоспособного возраста / Н. В. Вержиковська, В. В. Чайковська // Вып. 10. – 2001. – № 1. – С. 83-95.
32. Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М., Висоцький В. І, Корж О. І. Актуальні питання підготовки сімейних лікарів у контексті сучасних тенденцій розвитку первинної медико-санітарної допомоги / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 20-21.
33. Вища освіта і Болонський процес: Навчальний посібник / За ред. В. Г. Кременя. – Тернопіль: Богдан, 2004. – 384 с.
34. Вітвицька С. С. основи педагогіки вищої школи: Підручник за модульно-рейтинговою системою магістратури. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 386 с.
35. Вітвицька С. С. Складові професійної майстерності викладача вищого навчального закладу. / Формування професійно-педагогічної майстерності вчителів: історія, сучасність, перспективи (присвячується 80-річчю кафедри педагогіки ЖДУ): збірник тез доповідей учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції // За ред. О. Є. Антонової. – Житомир: Вид-во ЖДУ, 2010. – С. 25-27.
36. Вітвицька С. С. Основи педагогіки. Підручник за модульно-рейтинговою системою навчання. 2-е вид. – К.: Центр навчальної літератури, 2011. – 384 с.
37. Вітвицька С. С. Педагогічна підготовка магістрів в умовах ступеневої освіти: теоретико-методологічний аспект: монографія. – Житомир: Вид-во: ЖДУ ім. І.Франка, 2009. – 440 с.
38. Вітенко І. С. Психологічні основи підготовки медичних кадрів / І.С.Вітенко. – Харків: Основа, 1995. – 158 с.

39. Вітенко І. С., Дутка Л. М., Зіменковська Л. Я. Основи загальної і медичної психології: Навчальний посібник / І. С. Вітенко, Л. М. Дутка, Л. Я. Зіменковська. – К.: Вища школа, 1991. – 271 с.
40. Волкова Н. П. Педагогіка: Посібник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: Видавничий центр «Академія», 2001. – 576 с. – С. 294-296.
41. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта. – №2. – 2005. – С. 12-16.
42. Галузевий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика молодшого спеціаліста. Галузь знань 1201 медицина. Напрямок підготовки сестринська справа. Спеціальність 5.12010102 Сестринська справа. – МОЗ – К.: Видання офіційне, 2011. – 71 с.
43. Гжегорж Федоровский Шеренга великих людей. – Варшава: Наша ксенгарня, 1975. – 160 с.
44. Гиріна О. М. Проблеми та перспективи профілактичної медицини в Україні. / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – Видавець: Медкнига. – С. 126-127.
45. Гладченко О. М. Семінарське заняття – одна з форм контролю знань, засвоєних студентами у процесі самостійної роботи / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Вип. 13. – К.: Інтас, 2008. – 369 с.
46. Глушко Л. В., Гавриш Т. Ю., Позур Н. З., Чаплинська Н. В. Упровадження сімейної медицини на Прикарпатті: освіта, організаційні принципи, досвід. / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 16-18.
47. Голяченко О. М., Ганіткевич Я. В. Історія медицини. – Тернопіль: ЛПЕЯ, 2004. – 248 с.: 72 іл.
48. Гончаренко С. У. Гуманізація і гуманітаризація освіти / С. У. Гончаренко, Ю. І. Мальований // Шлях освіти. – 2001. – № 3. – С. 2-8.
49. Горох Н. В., Гладушка О. Ф. Організація методичної роботи у навчальному закладі / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Випуск 13. – К.: Інтас, 2008. – 369 с.
50. Грандо О. А. Визначні імена в світовій медицині. – К.: РВА – Триумф, 2001.
51. Грандо О. А. Подорож у минуле. – К.: РВА – Триумф, 1995. – 176 с.
52. Губенко І. Я., Бразалій Л. П., Шевченко О. Т. Розвиток наукових досліджень в медсестринстві як основа вдосконалення медсестринської допомоги // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1 – С. 28-32.
53. Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. – К.: Здоров'я, 2001. – 208 с.
54. Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Бразалій Л. П., Апшай В. Г. Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання. – К.: Медицина, 2008. – 304 с.
55. Губенко І. Я. Роль навчально-наукових комплексів у вдосконаленні підготовки медичних та фармацевтичних фахівців // Магістр медсестринства. – 2009. – № 1(2). – С. 10-14.
56. Денисюк О., Казарян І., Лямічев В., Титаренко Н. Ключові предметні компетентності школяра як засіб формування сучасної особистості / О. Денисюк, І. Казарян, В. Лямічев, Н. Титаренко // Рідна школа. – № 11 (листопад), 2013. – С. 59-62.
57. Державна національна програма «Освіта» («Україна XXI століття»). – К., 1994. – С. 15..

58. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Галузеві випуски. – Краматорськ: Вид-во центру продуктивності.
59. Досвід Вінницької області щодо впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Л. О. Діденко, В. Д. Железняк, З. О. Шеремет // Науково-практичний журнал Україна. Здоров'я нації. – № 2-3 (22-23) – К.: Вид. «ЕКСПЕРТ», 2012. – С. 22-26.
60. Дубасенюк О. А., Антонова О. Є. Методика викладання педагогіки: курс лекцій – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. – 325 с.
61. Дубасенюк О. А., Вознюк О. В. Професійно-педагогічні задачі: типологія та технологія розв'язання: Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. – 272 с.
62. Дусь Н. А. Формування культури педагогічного спілкування у студентів гуманітарно-педагогічного коледжу: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Н. А. Дусь; Вінницьк. держ. пед. ун-т ім. М. Коцюбинського. – Вінниця, 2008. – 20 с.
63. Єрмак Н. В. Моє власне бачення педагога (на прикладі аналізу формули Г. С. Костюка) / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Вип. 13. – К.: Інтас, 2008. – 369 с.
64. Ждан В. М., Скрипник І. М., Шляхи підвищення якості підготовки сімейних лікарів. / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 38-39.
65. Ждан В. М., Шилкіна Л. М., Величко Є. О., Бабаніна М. Ю. Нові підходи до організації навчання лікарів зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина». / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 39-40.
66. Загальна психологія. / За загальною редакцією академіка С. Д. Максименка. Підручник. – 2-ге вид., переробл. і доп. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 704с.
67. Загальна психологія: Підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – К.: Каравела, 2011. – 464 с.
68. Закон України „Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року”
69. Закон України «Про вищу освіту» № 2984-III від 17.01.2001 р.
70. Закон України «Про освіту» № 1060-XII, із змінами від 11 червня 2008.
71. Закон України № 2984 III “Про вищу освіту” // Відомості Верховної Ради. — 2002. – № 20. – 134 с.
72. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.92 № 2801-XII зі змінами та доповненнями Декрету КМУ від 25.03.2005 р. № 2801- XII.
73. Закон України Про освіту «Післядипломна освіта (спеціалізація, стажування, клінічна ординатура, підвищення кваліфікації та перепідготовка кадрів)» № 1158-IV від 11.09.2003 р.).
74. Законопроект «Про реалізацію пілотного проекту щодо реформування системи медичного обслуговування у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях» внесено до Уряду відповідно до регламентних вимог листом МОЗ України від 18.04.2011 № 02.19/10/799/34 : електронний ресурс : [режим доступу] : www.moz.gov.ua/ua/.../Pro_20110427_0.html
75. Запорожан В. М., Аряєв М. Л., Котова Н. В., Старець О. О., Посохова С. В. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ: Навчальний посібник. – К.: ЮНІСЕФ, 2010. – 144 с.

76. Заторнюк О. Формування професійної компетентності майбутніх психологів у позааудиторній діяльності / О. Заторнюк // Рідна школа. – № 11 (листопад), 2013. – С. 62-65.

77. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – № 6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.

78. Змістові частини галузевих стандартів вищої освіти підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційних рівнів молодшого спеціаліста та бакалавра щодо гуманітарної, соціально-економічної та екологічної освіти з безпеки життєдіяльності людини й охорони праці // Інструктивний лист МОН України від 19.06.2002 р. № 1/9-307 / Інформаційний вісник “Вища освіта”. – 2003. – № 11. – 55 с.

79. Значение первичной медицины для системы здравоохранения и здоровья нации / д-р Амалия Розенцвейг Маркус, д-р Ян Пресс // Україна. Здоров'я нації. № 4 (20). – К.: Вид. «ЕКСПЕРТ», 2011. – С. 66.

80. Івахніна Л. Б., Мельник О. М. Впровадження сучасних педагогічних технологій у навчально-виховний процес / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Вип. 11. – К.: Інтас, 2007. – 302 с.

81. Інновації у вищій освіті: проблеми, досвід, перспективи: монографія / за ред. П. Ю. Сауха. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. – 444 с.

82. Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедичних технологій : монографія / За ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 252 с.

83. Історія педагогіки / за ред. проф. М. В. Левківський, док. пед. наук О. А. Дубасенюк. – Житомир: ЖДПУ, 1999. – 336 с.

84. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях её большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?: [сводный доклад ВОЗ]. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2004. – 24 с.

85. Капська А. Й. Професійно-етична культура як обов'язковий компонент особистості спеціаліста // Соціалізація особистості. – Т. XVII. – К., 2002.

86. Карлінська Я. В. Формування інформаційної компетентності студентів комерційних коледжів у процесі навчання природничо-математичних дисциплін: дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Я. В. Карлінська; Житомир. держ. пед. ун-т ім. Івана Франка. – Житомир, 2010. – 268 с..

87. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія. – К.: Медицина, 2009. – 200 с.

88. Касевич Н. М. Основи медсестринства в модулях. – К.: Медицина, 2009. – 480 с.

89. Касевич Н. М., Литвиненко В. І. Моральне кредо керівника та взаємовідносини у медичному колективі // Головна медична сестра. – № 6, 2006. – С. 24-26.

90. Коллектив. Личность. Общение: словарь социально-психологических понятий / Под. ред. Е. С. Кузьмина и В. Е. Семенова. – Л.: Лениздат, 1987. – 144 с.

91. Коломієць А. А. Формування мотивації навчально-пізнавальної діяльності студентів технічних спеціальностей засобами історіографії: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / А. А. Коломієць; Вінн. нац. пед. ун-т ім. М. Коцюбинського». – Вінниця, 2011. – 20 с.

92. Комплекс нормативних документів для розроблення складових системи стандартів вищої освіти. Додаток 1 до наказу Міносвіти України від 31.07.1998 р. № 285 зі змінами та доповненнями, що введені розпорядженням Міністерства освіти і науки України від 05.03.2001 р. № 28-р. // Інформаційний вісник “Вища освіта”.

93. Конституція України (Закон України від 28. 06. 96 № 254к/96-ВР)

Список використаної літератури

94. Концепція розвитку охорони здоров'я України: збірник офіц. матеріалів. – К., 2001. – 29 с.
95. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313 / 2000.
96. Корнеев В. М Великий руський хirurg и анатом Н. И. Пирогов // Военно-медицинский музей Министерства обороны Союза ССР. – Ленинград, 1953. – 70 с.
97. Короткий психологічний словник, / За ред. проф. В. І. Войтка. – К.: Вища школа, 1976. – 192 с.
98. Кочерга О. Розвиток психологічної компетентності вчителя початкової школи / О. Кочерга // Рідна школа. – № 11 (листопад), 2013. – С. 52-56.
99. Кушик М. Л. Дидактичні основи фахової підготовки студентів у медичних навчальних закладах України (друга половина XIX – початок XX ст.): автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / М. Л. Кушик; Черкаський нац. ун-т ім. Богдана Хмельницького. – Черкаси, 2009. – 20 с.
100. Лавриченко Н. М. Педагогіка соціалізації: європейські обриси. – К., 2000. – 201 с.
101. Ласиця Т. С. Сучасні вимоги до вдосконалення післядипломної освіти молодших медичних спеціалістів / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 5-6.
102. Левківський М. В. Історія педагогіки. Видання 2-е, доповнене : підручник. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 376 с.
103. Леонченко Н. П. Зміни у системі підготовки медичних сестер в Україні як шлях удосконалення професійної майстерності та підвищення якості медичної допомоги населенню / Актуальні питання сімейної медицини. – Житомир, 2008. – С. 249-254.
104. Леонченко Н. П. Підготовка науково-педагогічних кадрів для медсестринства: європейський та український досвід // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1 – С. 34-38.
105. Лисенко Г. І., Ященко О. Б., Хімiон Л. В., Данилюк С. В., Реформування медичної освіти й підготовка сімейних лікарів в Україні / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 40-42.
106. Лисенко Г. І., Ященко О. Б., Хімiон Л. В., Данилюк С. В., Реформування медичної освіти й підготовка сімейних лікарів в Україні. / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – Видавець: Медкнига. – С. 40-42.
107. Лісова С. В. Професійна педагогічна освіта: компетентісний підхід: монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. – С. 34-53.
108. Лойко В. В. Медсестринський процес. – К.: Товариство Червоного Хреста, 2001. – 526 с.
109. Любан-Плоцца Б. Терапевтический союз врача и пациента / Б. Любан-Плоцца, В. Запорожан, Н. Аряев. – К.: АДЕФ-Украина, 2001. – 292 с.
110. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995.
111. Максименко С. Д. Педагогіка вищої медичної освіти [Текст]: підручник / С. Д. Максименко, М. М. Філоненко. – К.: Центр навчальної літератури, 2014. – 288 с.
112. Максимюк С. П. Педагогіка: Навчальний посібник. – К. – Кондор., 2009. – С. 144.
113. Маркова А. К. Психологический анализ профессиональной компетентности учителя / А. К. Маркова // Советская педагогика. – 1990. – № 8. – С. 82-88.

114. Матеріали з'їзду сімейних лікарів України / за заг. ред. В. Ф. Москаленка; Львів. – 7-9 листопада 2001 р. – Київ-Львів, 2001. – 243 с.

115. Матеріали прес-конференції начальника УОЗ Вінницької облдержадміністрації Л. Діденко «Про підсумки роботи медичної галузі області у 2010 році та перспективи на майбутнє». – 24.01.2011 : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://ok-ua.info /2011/01/25/ na-vinnychchyni-startuvav-pilotnyj-proekt-reformuvannya-medytsyny/>.

116. Матюха Л. Ф., Кабачний О. Г., Використання комп'ютерних технологій в практиці сімейного лікаря / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 37-38.

117. Медицинская психология: [новейший справочник практического психолога] / сост. С. Л. Соловьева – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 575 с.

118. Медсестринства в терапії: підручник / [М. І. Швед, Н. В. Пасечко, М. О. Лемке та ін.]; за гол. ред. М. І. Шведа та Н. В. Пасечко. – [2-ге вид.]. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 546 с.

119. Медсестринство в сімейній медицині / Є. Х. Заремба, Г. Ф. Левченко, В. М. Михальчук, В. І. Пирогова, В. С. Заремба та ін. / За ред. Є. Х. Заремби. – К.: Здоров'я, 2001. – 312 с.

120. Медсестринство в сімейній медицині / Є. Х. Заремба, Г. Ф. Левченко, В. М. Михальчук, В. І. Пирогова, В. С. Заремба та ін.; За ред. Є. Х. Заремби – К.: Здоров'я, 2001. – 312 с.

121. Медсестринство у внутрішній медицині: підручник / О. С. Стасишин, Н. Я. Іванів, Г. П. Ткачук та ін. – К. – ВСВ: «Медицина», 2010. – 536 с.

122. Митник О. Психолого-педагогічні засади підготовки вчителя у системі післядипломної освіти до реалізації компетентнісного підходу / Рідна школа. – № 11 (листопад), 2013. – С. 42-44.

123. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2002-2011 / МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; за ред. Р. О. Моїсеєнка, Г. О. Слабкого. – К., 2012. – С. 205-215.

124. Міжнародна стандартна класифікація освіти (ISCED – 97: International Standard Classification of Education / UNESCO Paris).

125. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник). – К.: Хрещатик, 2004. – 80 с.

126. Міщук І. М. Формування готовності майбутніх вчителів гуманітарного профілю до педагогічної комунікації: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / І. М. Міщук; Черкаський держ. нац. пед. ун-т ім. Богдана Хмельницького. – Черкаси, 2009. – 20 с.

127. Моїсеєнко Р. О., Дудіна О. О., Слабкий Г. О. Керівництво з основ доказової медицини. Особливості курсу і методи викладання: начальна-методичний посібник. – К., 2012. – 262 с.

128. Монарьов Р. Г. Формування соціально-професійної активності майбутнього вчителя в навчально-виховному середовищі педагогічного університету: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Р. Г. Монарьов; Черкаський держ. нац. пед. ун-т ім. Богдана Хмельницького. – Черкаси, 2006. – 20 с.

129. Мороз Г. З., Бібік Т. А., Михальцова І. М. Комплексний підхід щодо організації безперервної професійної освіти лікарів загальної практики – сімейної медицини в умовах клініки амбулаторної допомоги головного військового центру «ГВКГ». / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 22-23.

130. Москвичов С. Г. Мотивація, діяльність і управління як взаємопов'язані категорії: Автореф. дис... д-ра психолог, наук: 19.00.01 Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2004.

- 131.Москвичов С. Г. Мотивація, діяльність і управління як взаємопов'язані категорії: Автореф. дис. д-ра психолог, наук: 19.001 Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2004.
- 132.Назар П. С. Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.
- 133.Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики. – К.: Здоров'я, 2002. – 344 с.
- 134.Наказ МОЗУ № 1 від 08. 01. 2004 р. «Про удосконалення моніторингу ПМСД на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» : електронний ресурс : [режим доступу] : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040108_1.html
- 135.Наказ МОЗ України від 30.08.2010 р. № 735 „Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги” : електронний ресурс : [режим доступу] : http://doz-kherson.com.ua/images/arh/reformu/moz_2010_735.rar.
136. Наказ МОЗ України № 303 від 23. 07. 2001 р. «Про організацію роботи закладів загальної практики – сімейної медицини» : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1481>.
- 137.Наказ МОЗ України № 492 від 12. 10. 2004 р. «Про внесення змін та доповнень до рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін: електронний ресурс : [режим доступу] : https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041012_492.html.
- 138.Наказ МОЗ України № 585 від 11. 11. 2005 р. Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки». // Медична сестра, 2006. – №4 (11). -- С. 4-11.
- 139.Наказ МОЗ України № 72 від 23. 02. 2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=2467>.
- 140.Наказ МОН України № 161 від 02. 06. 1996 р. «Про затвердження Положення про організацію навчального процесу у ВНЗ» : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0173-93>.
- 141.Наказ МОН України № 225 від 22. 03. 2010 р. «Про затвердження примірного положення про приймальну комісію вищого навчального закладу України» : електронний ресурс : [режим доступу] : http://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/7019/.
- 142.Наказ МОН України № 93 від 08. 04. 1993 р. «Положення про проведення практики студентів вищих навчальних закладів» : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0035-93>.
- 143.Національна доктрина освіти та науки № 347/2002 від 17. 02. 2002 р. : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/347/2002>
- 144.Національний класифікатор України: “Класифікатор професій” ДК 003:2005. – К.: Соцінформ, 2005.
- 145.Національний класифікатор України: “Класифікація видів економічної діяльності” ДК 009:2010: електронний ресурс : [режим доступу] : http://www.ubc.ua/Links/codes_ua2.html.
- 146.Невідкладна медична допомога: Навчальний посібник. / К. М. Амосова, Б. Г. Безродний, О. Я. Бур'янов, Б. Г. Венцківський та ін. За ред. Ф. С. Глумчером, В. Ф. Москаленка. – К.: Медицина, 2006. – 632 с.
- 147.Новий тлумачний словник української мови: в 4-х томах / Укл. Яременко В., Сліпушко О. – Т. 2. – К.: Вид-во "Аконіт", 1998. – С. 305.

148. Нормативно-правове та кадрове забезпечення розвитку інституту сімейної медицини // Латишев Є. Є., Марчук Н. В., Михальчук В. М. – К.: ТОВ "ДСГ ЛТД", 2004. – 87 с.

149. О проведении эксперимента «семейный врач» в амбулаторно-поликлинических учреждениях Казахской ССР / Г. Г. Урмузина, Г. Л. Жетписбаева, Н. Ф. Ильичева, Н. А. Белимов // Здравоохр. Казахстана, 1990. – № 1. – С. 9-12.

150. О. П. Рудницька Педагогіка: загальна та мистецька: Навчальний посібник. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2005. – 360 с.

151. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент повышения качества контроля заболевания / А. О. Конради, А. В. Соболева, П. А. Максимова и др. // Арт. Гипертензия, 2002. – Вып. 8. – № 6. – С. 217-220.

152. Овчарук О. Ключові компетентності: Європейське бачення Управління освітою. – серпень, 2003. – Спец. випуск. – С. 6-9.

153. Овчарук О. В. Розвиток компетентнісного підходу: стратегічні орієнтири міжнародної спільноти / О. В. Овчарук // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / За заг. ред. О. В. Овчарук – К. К.І.С., 2004. – С. 6-15.

154. Омаров Х. П. Потребность сельского населения Туркменистана в семейных врачах: автореф. дис. на соискание научного степени канд. мед. наук / Х. П. Омаров. – М., 1992. – 25 с.

155. Омельченко П. П., Самойленко А. М. Морально-етичний портрет викладача / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Випуск 13. – К.: Інтакс, 2008. – 369 с.

156. Освітні технології: навч.-метод. посіб. / О. М. Пехота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.; за заг. ред. О. М. Пехоти. – К.: А.С.К., 2002. – 255 с.

157. Освітні технології: Навч.-метод. посібн. / О. М. Пехота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.; За заг. ред. О. М. Пехоти. – К.: А.С.К., 2001. – 256 с.

158. Осипова В. Н., Тимофєєнко А. Г. Роль лікувально-профілактичного закладу в формуванні професійних і моральних якостей медичної сестри // Головна медична сестра. – № 6. – 2006. – С. 18-20.

159. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні: ВООЗ оновлена версія 2005р. – 98 с.

160. Основні показники розвитку сімейної медицини та забезпеченість кадрами у Вінницькій області за 2010 р. – Вінниця: Медико-статистичний інформаційно-аналітичний центр, 2011. – 31 с.

161. Основні показники розвитку сімейної медицини та забезпеченість кадрами у Донецькій області за 2010 р. / за ред. Макаренко Р. С. – Донецьк : ІАЦ МС, 2011. – 30 с.

162. Основні показники розвитку сімейної медицини та забезпеченість кадрами у Дніпропетровській області за 2010р. – Дніпропетровськ: ІАЦ МС, 2011. – 54 с.

163. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

164. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. / під ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – Київ, 2005. – 168 с.

165. Основные документы. – Женева: ВОЗ, 2005. – 26 с.

166. Охорона здоров'я в Україні. Нормативна база. (2-е вид.). – К.: КНТ, 2006. – 480 с.

167. Павлютенков Є. М. Професійна компетентність директора школи / Є. М. Павлютенков // Управління шк, 2003. – № 7 (бер.). – С. 2-4.

168. Панорама охорони населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
169. Пасечко Н. В., Лемке М. О., Мазур П. Є. Основи сестринської справи: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
170. Пасієшвілі Л., Заздравнов А., Здобутки на шляху медичної реформи // Ваше здоров'я (Медична газета). – 2005. – № 47 (824). – С. 12.
171. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, А. И. Мищенко, Е. Н. Шиянов. – М.: Школа-Пресс, 1998. – 512 с.
172. Педагогічна майстерність: Підручник / І. А. Зязюн, Л. В. Крамущенко, І. Ф. Кривоніс та ін.; За ред. І. А. Зязюна. – 3-тє вид., допов. і переробл. – К.: СПД Богданова А. М., 2008. – 376 с.
173. Педагогічна майстерність: Хрестоматія: Навч. посіб. / Упоряд.: І. А. Зязюн, Н. Г. Базилевич, Т. Г. Дмитренко та ін.; За ред. І. А. Зязюна. – К.: СПД Богданова А. М., 2008. – 462 с.
174. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основ імунопрофілактики: підручник. / С. К. Ткаченко, Р. І. Пацюрко, Л. В. Беш та ін.; За ред. С. К. Ткаченко, Р. І. Пацюрко. – К.: Медицина, 2009. – 560 с.
175. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: монографія / за ред. В. М. Князевича; Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2010. – 404 с.
176. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.
177. Пільова С. Г. Формування організаційної компетентності майбутніх учителів у процесі професійної підготовки: автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / С. Г. Пільова; Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К. Д. Ушинського». – Одеса, 2011. – 21 с.
178. Плахотнік О. В. Компетентнісний підхід у ВНЗ: проблеми та перспективи / О. В. Плахотнік, О. О. Безносок // Наукові записки КДПУ. Серія: Педагогічні науки / ред. кол.: В. В. Радул [та ін.]. – Кіровоград : КДПУ, 2013. – Вип. 121. – Ч. 2. – С. 200-205.
179. Плахотнік О. В. Толерантність суб'єкт-суб'єктних відносин у соціальній сфері як основа формування професійної культури фахівця / О. В. Плахотнік, Т. П. Спірина // Наукові записки Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки [Текст] : науковий журнал. № 6. – Ч. 1 / Міністерство освіти і науки України, Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя; Гол. ред. Є. І. Коваленко. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2009. – С. 11-14.
180. Поляченко Ю. В. Наказ МОЗ України № 585 від 08.11.2005 Про затвердження "Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 роки".
181. Пометун О. І. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн / О. І. Пометун // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / За заг. ред. О. В. Овчарук – К. К. І. С., 2004. – С. 16-25.
182. Пономаренко В. М., Ціборовський О. М. та ін.. Реорганізація первинної МСД на засадах Заг. лікарської П/СМ: інструктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За ред. Проф. В. М. Пономаренка. – К., 2001. – 172 с.
183. Попік Г. С., Корнован Г. В., Паненко А. В., Колотвіна Л. І, Коваленко С. Ф., Синенко В. І., Шишкіна Н. В., Шишкін В. М., Колобанова Л. Д., Чернецька Г. В., Павлега Г. Є. Подальше удосконалення підготовки фахівців сімейної медицини. / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 19-20.

184.Поплавська С. Д. Специфіка взаємодії медпрацівника і пацієнта / Магістр медсестринства. – № 1(2). – 2009. – С. 50-54.

185.Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / С. Д. Поплавська; Житомир. держ. пед. ун-т ім. Івана Франка. – Ж., 2009. – 20 с.

186.Постанова Кабінету Міністрів України № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20. 06. 2000 р. : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-п>.

187.Постанова Кабінету Міністрів України від 20. 06. 2007 р. № 839 “Про затвердження переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста” : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/839-2007-п>.

188.Практикум з педагогіки: Навчальний посібник: Видання 3-тє, перероблене і доповнене / За заг. ред. О. А. Дубасенюк. – Київ: Центр навчальної літератури, 2004. – 464 с.

189.Примірний навчальний план підготовки молодшого спеціаліста на базі повної загальної середньої освіти, форма навчання: денна. Спеціальність: 5.12010102 Сестринська справа. Галузь знань: 1201 медицина. Кваліфікація молодшого спеціаліста: сестра медична. – МОНУ, МОЗ України, 2011 р.

190.Приходько Т. П. Формування готовності майбутніх економістів до викладацької діяльності в процесі магістерської підготовки: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Т. П. Приходько; Класичний приватний університет. – Запоріжжя, 2009. – 20 с.

191.Програма дисципліни «Медсестринство в сімейній медицині» для студентів ВМНЗ I-III рівня акредитації напрямку 1201 «Медицина» спеціальності 6.120101 «Сестринська справа» кваліфікації «Медична сестра», «Медична сестра-бакалавр». – МОЗ України, 2009.

192.Програма дисципліни «Сімейна медицина» для студентів напрямку 1101 спеціальності 8.110102 «Сестринська справа» кваліфікації 2230.1 «Науковий співробітник (сестринська справа, акушерство)». – МОЗ України, 2008.

193.Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Послідовність Ефективність. Відповідальність» / Постанова Верховної Ради України від 16.03.04 № 1602-IV.

194.Професійно-педагогічна компетентність учасників лікувального процесу – запорука відновлення і збереження здоров'я нації / З. П. Шарлович, Ж. П. Шарлович, А. С. Васільєва // Всеукраїнська науково-практична конференція «Менеджмент у медсестринстві». – Житомир, 2010. – С. 124-129.

195.Радзівська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / І. В. Радзівська; Інститут професійно-технічної освіти Національної академії педагогічних наук України. – Київ, 2011. – 20 с.

196.Раис Д. Семейная медицина в Канаде. Почему и как? / Д. Раис // Семейная медицина и современные проблемы подготовки семейного врача: межд. сов.-канад. семинар. – Владикавказ, 1991. – С. 23-29.

197.Рарова В. Н. Семейная врачебная практика за рубежом: сб. науч. работ / В. Н. Рарова // Акт вопр. соц. гигиены и орг. здравоохр. – М., 2007. – Вып. 4. – С. 184-186.

198. Рачева С. С. Развитие социальной компетентности студентов на основе проектного обучения в вузе: Дис.... канд. пед. наук. – СПб., 2003.
199. Родигіна І. В. Компетентнісно орієнтований підхід до навчання / І. В. Родигіна. – Х. : Вид. група "Основа", 2005. – 96 с.
200. Розпорядження Вінницької обласної державної адміністрації від 12 листопада 2010 р. № 519 "Про заходи щодо реформування первинної медико-санітарної допомоги".
201. Роль особистісних якостей та професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини у формуванні ставлення людини до свого здоров'я / З. П. Шарлович // Нові технології навчання № 66. Духовно-моральне виховання і професіоналізація: виклики ХХІ ст. – К. – Вінниця, 2010. – С. 138.
202. Рудіна М. В. Педагогічні умови професіоналізму молодого вчителя іноземної мови: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / М. В. Рудіна; Державний заклад «Луганський національний університет ім. Тараса Шевченка». – Луганськ, 2011. – 20 с.
203. Савченко О. Я. Уміння вчитись як ключова компетентність загальної середньої освіти / О. Я. Савченко // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. / За заг. ред. О. В. Овчарук – К. : К.І.С., 2004. – С. 34-546.
204. Салман Р. Б. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салман, Дж. Фигейрас; [пер. с англ.] – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
205. Саркисова В. А. Итоги реализации российско-шведского проекта по организации и развитию российской ассоциации медицинских сестер // Медицинская сестра. – №4. – 2004. – С. 2-5.
206. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии: учеб. пособ. / Г. К. Селевко. – М.: Народное образование, 1998. – 256 с.
207. Семушина Л. Г., Ярошенко Н. Г., Содержание и технологии обучения в средних специальных учебных заведениях: Учебное пособие для преп. Учреждений сред. проф. образования. – М.: Мастерство, 2001. – 284 с.
208. Сестринська справа / за ред. В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2008. – 816 с.
209. Сестринська справа / За ред. М. Г. Шевчука. – К.: Здоров'я, 1991. – 496 с.
210. Сестринська справа: підручник / Н. М. Касевич, І. О. Петрашев, В. В. Сліпченко та ін.; В. І. Литвиненка, Н. М. Касевич. – К.: Медицина, 2008. – 816 с.
211. Сисоєва С. О. Технологізація освітньої діяльності в умовах неперервної професійної освіти // Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи. – К., 2000. – С. 319-363.
212. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого // ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Київ, 2010. – 22 с.
213. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – 28 с.
214. Січкарук О. Інтерактивні методи навчання у вищій школі: Навч.-метод. посіб. – К: Таксон, 2006. – 88 с.
215. Слабкий Г. О. Розвиток сімейної медицини як крок до виконання концепції розвитку охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. Б. Петраєва // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць. – 2005. – Вип. 16. – С. 666-670.
216. Сластенин В. А. Формирование социально-активной личности учителя: вопросы методологии и методики // Формирование социально-активной личности учителя. – М.: МШИ, 1982.

- 217.Словарь иностранных слов / под. ред. И. В. Лехина, С. М. Локшиной, Ф. Н. Петрова, Л. С. Шаумяна. – М.: Изд-во "Сов. энциклопедия", 1964. – 784 с.
- 218.Словник української мови. – Т. 10, Т-Ф. – К.: Наукова думка, 1979. – 658 с.
- 219.Словник української мови. – Т. 4, І-М. – К.: Наукова думка, 1973. – 840 с.
- 220.Смолева Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Серия «Среднее профессиональное образование». – Ростов на / Д.: Феникс, 2005. – С. 14-23.
- 221.Сорокина Т. С. Атлас истории медицины. Древний мир. – М.: Из-во Университета дружбы народов, 1987. – 171 с.
- 222.Сорокина Т. С. Атлас истории медицины. Новое время (1640-1917). – М.: Из-во Университета дружбы народов, 1987. – 168 с.
- 223.Состояние кадров системы здравоохранения / Н. Г. Левенец, Г. В. Шпак. // Україна. Здоров'я нації. – № 2-3 (22-23). – К.: ЕКСПЕРТ, 2012. – С. 272-278.
- 224.Столова А. О., Гужва В. Й., Сучасна роль сімейної медсестри на сільській лікарській дільниці / Сімейна медицина. – № 3 (32) спецвипуск, 2010. – К.: Медкнига. – С. 36-37.
- 225.Стратегія економічного та соціального розвитку України «Шляхом європейської інтеграції» на 2004-2015 роки / Указ Президента України від 28.04.04 № 493/2004: електронний ресурс : [режим доступу] : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/493/2004>.
- 226.Структури кваліфікацій для Європейського простору вищої освіти (The framework of qualifications for the European Higher Education Area) : електронний ресурс : [режим доступу] : www.ehea.info/QF-EHEA-May2005.pdf
- 227.Структури ключових компетентностей, які розглядаються як необхідні для всіх у суспільстві, заснованому на знаннях (Key Competences for Lifelong learning: A European Reference Framework – IMPLEMENTATION OF "EDUCATION AND TRAINING 2010", Work program, Working Group B "Key Competences", 2004) : електронний ресурс : [режим доступу] : <http://yandex.ua/clck/jsredir?from=yandex.ua>
- 228.Сухомлинский В. А. Мудрая власть коллектива / В. А. Сухомлинский. – М.: Молодая гвардия, 1975. – 240с.
- 229.Сухомлинський В. О. Вибр. твори: У 5-ти т. / В. О. Сухомлинський. – Т.5. – К.: Радянська школа, 1976. – 639 с.
- 230.Сучасний тлумачний словник української мови: 50000 слів / За заг. ред. проф. В. В. Дубічинського. – Х.: ВД "Школа", 2006. – 832 с.
- 231.Сучасні підходи до оцінки якості роботи медичних сестер / Кардаш В. Е., Ясинська Е. Ц., Ревенко Ж. А., Кардаш Г. Я. // Науково-практичний журнал. – Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – № 2-3 (18-19). – К.: Вид. «Книга-плюс», 2012. – С. 141-144. 9
- 232.Тарасюк В. С. Клінічне медсестринство в хірургії: Підручник / В. С. Тарасюк, А. О. Новицька, Л. А. Новицька; За ред. проф. В. С. Тарасюка. – К.: Медицина, 2006. – 384 с.
- 233.Тарасюк В. С. Медсестринство в геронтології і гериатрії: Підручник. / В. С. Тарасюк, Г. Б. Кучанська; За ред. проф. В. С. Тарасюка. – К.: Медицина, 2008. – 624 с.
- 234.Татур Ю. Г. Компетентностный подход в описании результатов и проектировании стандартов высшего профессионального образования: материалы ко второму заседанию методологического семинара. – М.: ИЦПКПС, 2006. – 82 с.
- 235.Технології соціальної роботи з обдарованими дітьми // Соціальна робота: технологічні аспекти / за ред. проф. А. Й. Капської. – К.: ДЦССМ, 2004. – С. 301-324.
- 236.Толстанов О. К., Ходадов М. В., Шатило В. Й. Від школи фельдшерів до інституту медсестринства. 1875-2006 рр. – Житомир: Полісся, 2006. – 172 с.

Список використаної літератури

237. Толчѐнов Б. А. Медико-социальная помощь немобильным больным пожилого возраста в условиях мегаполиса / Б. А. Толчѐнов, Н. В. Кутузов, А. Д. Бовкун // Клиническая геронтология, 2003. – № 1. – С. 50-53.
238. Тюття О. Комунікативна компетентність особистості // Головна медсестра, 2008. – № 5 – С. 28-30.
239. Уварова А. М. Формування майстерності педагогічної розповіді у професійній підготовці майбутнього вчителя: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / А. М. Уварова; Харків. держ. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Харків, 2006. – 20 с.
240. Указ Президента України від 06. 12. 2005 р. № 1619/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».
241. Украинская советская энциклопедия. Гл. ред. М. П. Бажан. – 2-е изд. – Т. 15. – Туман – Цемент. – К.: АН УРСР, 1964. – 591 с.
242. Украинский советский энциклопедический словарь в 3-х томах. / Гл. ред. Ф. С. Бабищев. – 2-й том. – Каптаж – протерогиния. – К.: Гл. ред. УСЄ им. М. П. Бажана, 1988. – 768 с.
243. Українська радянська енциклопедія. – том 7. (мікроклін-олеум). – видання друге. – К.: Головна редакція української радянської енциклопедії, 1982. – С. 66.
244. Фіцула М. М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. – 2-е вид. – Тернопіль: Богдан, 2001. – 192с.
245. Фіцула М. М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. – 2-е вид. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2003. – 192 с.
246. Фіцула М. М. Педагогіка: Навчальний посібник. Видання 2-у, виправлене і доповнене. – К.: Академвидав, 2005. – 560 с.
247. Хант В. Р. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы / В. Р. Хант // Врач. – 1994. – № 2. – С. 34-36.
248. Хміль С. В., Романчук Л. І., Кучма З. М. Медсестринство в гінекології: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 400 с.
249. Холмс Ф. Ф. Первичная медицинская помощь: образ международной медицинской практики будущего века / Ф. Ф. Холмс, Т. Чумаков // Наше здоровье. – 1995. – Весна. – С. 18-19.
250. Хуас Д. Общая врачебная практика во Франции / Д. Хуас // Межд. мед. обзоры. – 1994. – Т. 2. – № 1. – С. 39-40.
251. Цветков В. В. Формирование социальной компетентности сельских школьников: Дис. канд. пед. наук. – Великий Новгород, 2002.
252. Чайковська В. В., Стаднюк В. А., Єгорова Л. В., Павлюченко В. О. Перспективи вдосконалення медичної допомоги населенню літнього віку в Україні // Україна. Здоров'я нації, 2008. – № 3-4(7-8). – С. 155-159.
253. Чебакова Ю. Г. Педагогічні умови формування мотивації до вивчення психолого-педагогічних дисциплін у студентів вищих технічних навчальних закладів: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Ю. Г. Чебакова; Вінницький нац. пед. університет ім. Михайла Коцюбинського». – Вінниця, 2011. – 20 с.
254. Чередніченко В. Й. Філософія медицини. – Житомир: ЖІМ, 2010. – 156 с.
255. Чернищенко Т. І. Міжнародне співробітництво у медсестринській справі // Медсестринство в Україні, 2000. – № 1. – С. 2-8.
256. Чернілевський Д. В. Методологія наукової діяльності: навчальний посібник: Вид. 2-ге, допов. / Д. В. Чернілевський, О. Є. Антонова, Л. В. Барановська, О. В. Вознюк, О. А. Дубасенюк та ін. / За ред. професора Д. В. Чернілевського – Вінниця: Вид-во АМСКП, 2010. – 484 с.

257. Чубук Р. В. Підготовка майбутніх соціальних педагогів до роботи із студентською молоддю: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Р. В. Чубук; Південноукраїнський держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. – Одеса, 2008. – 21 с.

258. Шарлович З. П. Важливість професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини для успішної діяльності по вирішенню проблем окремих людей, сімей і контингентів населення // Магістр медсестринства. – Житомир: Полісся, 2011. – № 2 (6). – С. 91-93.

259. Шарлович З. П. Засоби формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри – загальної практики сімейної медицини // Сучасний підручник: вимоги та перспективи // Зб. наук. праць молодих дослідників / За загальною редакцією Ю. В. Березюк. – Житомир: Вид-во ЖДУ, 2012. – С. 228-235.

260. Шарлович З. П. Інноваційні аспекти формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини // Інноваційні технології підготовки майбутніх фахівців у системі неперервної освіти: збірник наукових праць / за ред. О. С. Березюк, О. М. Власенко. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2012. – С. 148-152. (всього 260 с.)

261. Шарлович З. П. Концептуальні теорії медсестринства, як основа становлення загальної практики сімейної медицини // Актуальні питання сучасної медицини. Зб. наук. робіт. – Ж.: Полісся, 2011. – С. 73-80.

262. Шарлович З. П. Модульний контроль знань з дисципліни «Основи медсестринства» для студентів вищих медичних навчальних закладів I-III рівня акредитації напрям: 1201 «Медицина» спеціальність 5.12010102 «Сестринська справа» кваліфікація «Медична сестра»: Методичний посібник. – Житомир.: ЖІМ, 2010. – 204 с.

263. Шарлович З. П. Науковий підхід до аналізу процесу підготовки сімейних медсестер в системі фахової та неперервної медичної освіти // Матеріали всеукраїнська наук.-практ. конф. з міжн. участю „Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до педагогічної дії“, 20-21 травня 2011 р., м. Житомир – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. – С. 230-236.

264. Шарлович З. П. Обґрунтування вимог до формування професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини // Магістр медсестринства. – Житомир: Полісся, 2012. – № 2 (8). – С. 104-109.

265. Шарлович З. П. Педагогічні аспекти медсестринських теорій (моделей) про роль та шляхи вдосконалення співпраці сімейної медичної сестри з родинами за для одужання пацієнта // Вісник Житомирського державного університету ім. І. Франка. – 2011. – Вип. 60. – С. 162-165.

266. Шарлович З. П. Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині // Гуманізація навчально-виховного процесу: збірник наукових праць / [За заг. ред. проф. В. І. Сліпченка]. – Спецвип. 7. – Ч. II. – Слов'янськ: СДПУ, 2011. – С. 320-327.

267. Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини та її формування в процесі фахової ступеневої підготовки і неперервної медичної освіти / З. П. Шарлович // Матеріали V Міжнародної НПК студентів і аспірантів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (10-11 травня 2011 р.): у 3-х т., Т. 1, Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Л. Українки, 2011. – С. 249-250.

268. Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність учасників лікувального процесу – запорука відновлення і збереження здоров'я нації // Всеукраїнська наук.-практ. конф. „Менеджмент у медсестринстві“, Житомир 22 жовтня 2010 р. / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир, 2010 – С. 124-129.

269. Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність учасників лікувального процесу // Магістр медсестринства. – № 1 (5). – Житомир: Полісся, 2011. – С. 63-67.

270. Шарлович З. П. Професійно-педагогічне становлення особистості медичної сестри сімейної медицини // Формування естетичної компетентності особистості засобами народознавства // Зб. наук. праць молодих дослідників. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. – С. 238-243.

271. Шарлович З. П. Професіоналізм учасників навчального процесу вищої медсестринської школи – складова передумови підвищення ефективності фахової підготовки медичних сестер і формування у них професійно-педагогічної компетентності // Формування професійно-педагогічної майстерності вчителів: історія, сучасність, перспективи (присв. 80-річчю кафедри педагогіки ЖДУ): зб. тез допов. учасників Всеукраїнської наук.-практ. конф. / за ред. О. Є. Антонової. – Житомир: Вид-во ЖДУ, 2010. – С. 95-101.

272. Шарлович З. П. Роль особистісних якостей та професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини у формуванні ставлення людини до свого здоров'я / Нові технології навчання. Матеріали міжнародної конференції «Духовно-моральне виховання і професіоналізація: виклики ХХІ ст.» // № 66. Частина І: Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. Академія міжнародного співробітництва з креативної педагогіки. – Київ-Вінниця, 2010. – С. 133-138.

273. Шарлович З. П. Сутність і структура професійно-педагогічної компетентності медичної сестри сімейної медицини як суб'єкта впровадження загальної практики сімейної медицини // Нові технології навчання: наук.-метод. зб. / Інститут іннов. техн. і змісту освіти МОН України. Акад. міжн. спів-цтва з креат. педаг.: в 2-х ч. – Київ – Вінниця, 2011. – Вип. 69. Ч. II. – С. 293-298.

274. Шарлович З. П. Теоретичні засади формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини як провідної умови медсестринської діяльності. / З. П. Шарлович // Вісник Житомирського університету ім. Івана Франка: Вип. 53. – 2010. – С. 199.

275. Шарлович З. П. Технологія формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки // Магістр медсестринства. – Житомир: Полісся, 2015. – № 2 (14). – С. 14-17.

276. Шарлович З. П. Формування професійної та педагогічної компетентності медичних сестер загальної практики – сімейної медицини у процесі фахової підготовки та неперервної медичної освіти // Всеукраїнська наук.-практ. конф. „Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи“, Житомир 28-29 квітня 2010 р. / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир: Полісся, 2010 – С. 68-99.

277. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності сімейної медичної сестри через розвиток і виховання особистості. // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія. – Зб. статей: – Ялта: РВВ КГУ, 2012. – Вип. 37. – Ч. I. – С. 157-163.

278. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки: методичні рекомендації / З. П. Шарлович, за заг. ред. О. Є. Антонової. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. – 124 с.

279. Шарлович З. П. Медична сестра сімейної медицини – активна учасниця в лікуванні й догляді за пацієнтами // Магістр медсестринства. – Житомир: Полісся, 2013. – № 2 (8). – С. 104-109.

- 280.Шатило В. Й. Наукові дослідження в медсестринстві як інструмент удосконалення національної системи охорони здоров'я // Магістр медсестринства, 2009. – № 1 (2). – С. 5-10.
- 281.Шатило В. Й. Основні напрямки наукових досліджень в медсестринстві/ В. Й. Шатило, О. К. Толстанов, В. З. Свиридчук / Актуальні питання сімейної медицини. – Житомир, 2008. – С. 207-218 с.
- 282.Шатило В. Й. Паліативна медицина: підручник / В. Й. Шатило, П. В. Яворський. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 200 с.
- 283.Шатило В. Й. Ступенева медична освіта в Україні (з досвіду роботи Житомирського інституту медсестринства) / В. Й. Шатило, І. Р. Махновська // Медсестринство. – 2008. – № 2. – С. 9 – 12.
- 284.Шегедин М. Б. Інтегрування медсестринської освіти в світову систему підготовки медичних сестер // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 1999. – № 2. – С. 40-50.
- 285.Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: Дис... д-ра . мед. наук. – К. , 2001. – Т. 6. – 332 с.
- 286.Шегедин М. Б. Медсестринство у світі. – Львів: Край, 1999. – 402 с.
- 287.Шегедин М. Б. Медсестринство у світі. – Львів: Край, 1999р. – 402 с.; Основні напрямки реформування медсестринської освіти в Україні // Медична освіта. – 1999. – № 1. – С. 35-43.
- 288.Шегедин М. Б. Основні положення концепції та модель сучасної сестринської справи // Галицький лікарський вісник. – Ів.-Франківськ, 1999. – Т. 6. – № 2. – С. 108-110.
- 289.Шегедин М. Б. Розвиток сестринської справи в Україні // Практична медицина. – 1998. – №5-6. – С. 180-188.
- 290.Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини і медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 328 с.
- 291.Шойфет М. С. Сто великих врачей. – М.: Вече, 2004. – 528 с.
- 292.Штофф В. А. Моделирование и философия / В. А. Штофф. – М.; Л.: Наука, 1966. – 301 с.
- 293.Штофф В. А. Моделирование и философия / Виктор Александрович Штофф. – М. – Л.: Наука, 1966. – 301с. – С. 15-21.
- 294.Шусть В. В. Формування професійної відповідальності майбутніх спеціалістів у вищому аграрному навчальному закладі: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / В. В. Шусть; Інститут вищої освіти АПН України. – Київ, 2009. – 20 с.
- 295.Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 570 с.
- 296.Щупіленко І. М. Пропедевтика внутрішньої медицини: навчальний посібник. / І. М. Щупіленко. – К.: Медицина, 2008. – 304с.+ кол. вкл. 8.
- 297.Энциклопедический словарь в 2-х томах. Гл. ред. В. А. Введенский. – Т. 2. – К – Праца. – М.: Гос. научн. из-во БСЭ, 1954. – 720 с.
- 298.Энциклопедический словарь. Гл. ред. В. А. Введенский. – т. 1. – А – Маскарон. – М.: СЭ, 1963. – 656с., 15л. илл., 9л., карт.
- 299.Юдзіонук Н. М. Формування професійної компетентності майбутнього вчителя у музично-інтерпретаційній діяльності: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / Н. М. Юдзіонук; Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К. Д. Ушинського». – Одеса, 2011. – 21 с.
- 300.Юсков В. Н. Профессия – медработник. – Ростов на / Д.: Из-во Феникс, 1999. – 320 с.
- 301.Ягупов В. В. Педагогіка: Навч. посібник. – К.:Либідь, 2003. – 560 с.

- 302.Якиманская И. С. Разработка технологий личностно-ориентированного обучения // Вопросы психологии. – 1995. – № 2. – С. 31-32.
- 303.Ярещенко М. Є. Контроль у навчально-виховному процесі / Організація навчально-виховного процесу. Досвід роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Вип. 7. – К.: Інтас, 2006. – 225 с.
- 304.Ярошенко О. Г. Педагогічні основи групової навчальної діяльності школярів (на матеріалі вивчення хімії): дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец. 13.00.02 „Теорія та методика навчання (хімія)” / О. Г. Ярошенко. – К., 1998. – 383 с.
- 305.Boerma W. G. W. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL (dissertation) / W. G. W. Boerma.
- 306.Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge / C. Van Watraven, M. Mambani, J. Fang, P. S. Austin // J. Gen. Intern Med. – 2004. – Vol, 19, № 6. – P. 624-631.
- 307.Dougherty C. American health care / C. Dougherty. – New-York, 1988. – P. 78-89.
- 308.Ehlebraht-Kohing I/ Basic principles in rheumatoid patient education. Theoretical principles and didactic aspects / I. Ehlebraht-Kohing, A. Bonish // Z. Reamant., 2002. – Vol. 61, №1. – P. 39-47.
- 309.European Commission Directorate-General for Education and Culture. Implementation of "Education and training 2010". Work programme. Working group B: "Key Competences". Key competences for lifelong learning. [Електронний ресурс]: European reference framework. November 2004. – Режим доступу: http://72.14.221.104/search?q=cache:E_TSYLOB9AJ:europa.eu.int/comm/education/policies/2010/doc/basicframe.pdf+Key+competemces&hl=uk&gl=ua&ct=clnk&cd=1. – Назва з титул. екрану.
- 310.Factors associated with health care utilization by the elderly sin a public health care system / C. Fernandes-Olano, J. D. Hidalgo, R. Gerda-Diaz [et al.] // , Health Policy. – 2006. – Vol. 75. – № 2. – P. 131-139.
- 311.Growing old together: the influence of population and workforce aging on supply and use of family physicians/ D. E. Watson, R. Reid, N. Roos, P. Heppner. // Can. J. Aging. – 2005. – Vol. 24. – № 1. – P. 37-45.
- 312.Hudak C. Critical Care Nursing / C. Hudak, B. Gallo, J. Benz. – Philadelphia: B. Lippincott Company. – 2001. – 900 p.
- 313.International congress of internal medicine: Internal medicine today and tomorrow. – New-York, 1986. – P. 56.
- 314.Jorke D. Der internis-generalist oder specialist? / D.Jorke // Yes. inn. Med. – 1988. – Vol. 43, №3. – P. 53-55.
- 315.Mc Whiney I. R. A Textbook of Family Medicine. / Mc I. R. Whiney. – New-York: Oxford University Press, 1988.
- 316.National Board of Health. National strategy for guiltily improvement in health care. Copenhagen 2002. – Access mode: <http://www/sst/dk>. – Title from screen/
- 317.Pereira Gray. The key to personal care / Gray Pereira // J.R.Coll. Gen. Pract. – 1979. – № 29. – P. 666-678.
- 318.Potter Perry. Basic Nursing / Perry Potter. – The USA: Mortsby Year Book. – 2002. – 1050 p.
- 319.Reforming the Health Sector. Results of the International Research / Jan Bocken, Martin Butzlaff, Andreas Esche [et al.]. – Carl Bertelsmann Prize,2000, Bertelsmann Foundation Publishers. – Gutersloh, 2001. – 178 p.

320.Saltman R.B. European health care reform: analysis of current strategies. / R.B. Saltman. // World health organization on behalf of European Observatory of Health Systems and Policies Series. – 2006.– 326 p.

321.Saltman R.B. Primary Care in the Driver's Seat? / R.B. Saltman. – London: The Nuffield Trust. – 2006. – 631 p.

322.Sharlovych Zoia Registered nurse in family medicine – an active participant in treatment and caretaking of patient. (англ. мова). – Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – Курск (Россия): Редакция журнала, 2014.– № 12 (102). – С. 102-104.

323.Sharlovych Zoia. Formulovana profesijno-pedagogichnoj kompetentnosti medichnih sester simejnoj medicine – golowne zavdana medsestrinstva (польська мова) // II Podkarpacka Miedzynarodowa konferencja naukowa studenckich kol naukowych Pielęgniarstwa „wyzwania badawcze w praktyce pielęgniarskiej”. – Iwonicz-Zdroj, 10 listopada, 2012 r. – С. 18.

324.Shaulovych Zoia. Pielęgniarka dyplomowana w medycynie rodzinnej-aktywny uczestnik leczenia i opieki nad pacjentem (польська мова) // II Miedzynarodowa konferencja naukowo-szkoleniowa „Interdyscyplinarne aspekty urody, zdrowia i choroby”. – Jaroslaw, 5-6 czerwca 2014 r.

325.Taylor C. Fundamentals of Nursing / C. Taylor, C. Lillis. – The USA: Priscilla Lemoore. – 2003. – 1000 p.

326.Taylor R. Family medicine. Principles and practice / R. Taylor // American health care. – New-York, 1988. – P. 78-89.

327.Use of physician services by older adults: 1991/1992 to 2000/2001/ D. E. Watson, P. Heppner, R. Reid [et al.] // Can. J. Aging. – 2005. – Vol. 24. – № 1. – P.29 – 36 p.

328. World Health Organization. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.

ДОДАТКИ

Експертна оцінка операційного
компонента підготовки фахівця з
медсестринства в сімейній медицині

Дата _____
Курс _____
Студент _____

Оберіть для кожного твердження в лівій частині фактичний результат студента в правій (підкресліть необхідне).

1. Процедура «Постановка очисної клізми перед інструментальним дослідженням

1.1. Підготовка пацієнта до процедури.

Високий. Медична сестра одягнула захисний одяг, ознайомилась з направленням, поцікавилась станом пацієнта, пояснює суть процедури і повідомляє про відчуття, які пацієнт матиме при цьому, переконує пацієнта в необхідності проведення процедури, відповідає на запитання пацієнта щодо даної процедури, отримує згоду на проведення процедури, зручно розташовує пацієнта, пропонує лягти на кушетку на лівий бік і оголити потрібну ділянку тіла. Всі дії автоматизовані, швидкі.

Достатній. Медична сестра одягнула захисний одяг, ознайомилась з направленням, поцікавилась станом пацієнта, пояснює суть процедури і повідомляє про відчуття, які пацієнт матиме при цьому, переконує пацієнта в необхідності проведення процедури, перед тим, як дати відповідь пацієнту коливається, робить паузи, отримує згоду на проведення процедури, зручно розташовує пацієнта, пропонує лягти на кушетку на лівий бік і оголити потрібну ділянку тіла. Окремі дії не автоматизовані, витрачає час на обдумування.

Середній. Медична сестра одягнула захисний одяг, ознайомилась з направленням, поцікавилась станом пацієнта, не пояснює суть процедури і не повідомляє про відчуття, які пацієнт матиме при цьому, переконує пацієнта в необхідності проведення процедури, на запитання, які ставить пацієнт відповідає неохоче і невпевнено, не запитує пацієнта про згоду на проведення процедури, зручно розташовує пацієнта, пропонує лягти на кушетку на лівий бік і оголити потрібну ділянку тіла. Всі дії не автоматизовані, витрачає час на обдумування наступних кроків своїх дій.

Низький. Медична сестра одягнула не всі елементи захисного одягу, не ознайомилась з направленням, не поцікавилась станом пацієнта, не пояснює суть процедури і не повідомляє про відчуття, які пацієнт матиме при цьому, не переконує пацієнта в необхідності проведення процедури, на запитання, які ставить пацієнт відповідає неохоче і невпевнено, не запитує пацієнта про згоду на проведення процедури, розташовує пацієнта не зручно, пропонує лягти на кушетку на лівий бік і оголити потрібну ділянку тіла. Всі дії не автоматизовані, витрачає час на обдумування наступних кроків своїх дій.

1.2. Підготовка необхідного для проведення процедури оснащення.

Високий. Медична сестра помила руки в 6 етапів, обробила дезінфектантом. Підготувала все необхідне оснащення та вироби медичного призначення (не стерильні), знов помила і обробила руки, одягнула стерильні гумові рукавички, дістала із стерилізатора стерильний наконечник. Всі дії швидко, доведені до автоматизму.

Достатній. Медична сестра помила руки в 6 етапів, обробила дезінфектантом. Підготувала все необхідне оснащення та вироби медичного призначення (не стерильні), знов помила і обробила руки, одягнула стерильні гумові рукавички, дістала із стерилізатора стерильний наконечник. Окремі дії не доведені до автоматизму, задумується про наступний крок.

Середній. Медична сестра помила руки гігієнічним методом, не обробила дезінфектантом. Підготувала все необхідне оснащення та вироби медичного призначення (не стерильні), руки не помила, але обробила, одягнула стерильні гумові рукавички, дістала із стерилізатора стерильний наконечник. Всі дії не доведені до автоматизму, задумується про наступний крок.

Низький. Медична сестра не помила руки, не обробила дезінфектантом. Підготувала не все необхідне оснащення та вироби медичного призначення (не стерильні), руки не помила, не обробила, одягнула стерильні гумові рукавички, дістаючи із стерилізатора стерильний наконечник розстерилізувала його. Всі дії не доведені до автоматизму, задумується про наступний крок.

1.3. Проведення процедури постановки очисної клізми.

Високий. Медсестра під'єднує наконечник до кухля Есмарха, змащує його стерильним вазеліном, серветками в лівій руці розводить сідниці пацієнта, вводить наконечник в напрямку до пупка, а потім в напрямку вздовж хребта. Спостерігає за самопочуттям пацієнта. Відкриває вінтель, піднімає кухоль, після того, як вода ввійшла в кишківник, частково залишившись на дні, просить пацієнта стиснути сідниці з середини, сама стискає сідниці ззовні і видаляє наконечник. Просить пацієнта затримати воду в кишківнику до 5 хвилин і оправитись. Всі дії автоматизовані, рухи швидко і впевнені.

Достатній. Медсестра під'єднує наконечник до кухля Есмарха, змащує його стерильним вазеліном, серветками в лівій руці розводить сідниці пацієнта, вводить наконечник в напрямку до пупка, а потім в напрямку вздовж хребта. Спостерігає за самопочуттям пацієнта. Відкриває вінтель, піднімає кухоль, після того, як вода ввійшла в кишківник, частково залишившись на дні, просить пацієнта стиснути сідниці з середини, сама стискає сідниці ззовні і видаляє наконечник. Просить пацієнта затримати воду в кишківнику до 5 хвилин і оправитись. Всі дії автоматизовані, рухи не швидко, не впевнені.

Середній. Медсестра під'єднує наконечник до кухля Есмарха, змащує його стерильним вазеліном, серветками в лівій руці розводить сідниці пацієнта, вводить наконечник в напрямку до пупка, а потім в напрямку вздовж хребта. Відкриває вінтель, піднімає кухоль, після того, як вода ввійшла в кишківник повністю, не попереджає, щоб пацієнта стиснути сідниці з середини, сама стискає сідниці ззовні і видаляє наконечник. Просить пацієнта затримати воду в кишківнику скільки зможе і оправитись. Всі дії автоматизовані, рухи не швидкі, не впевнені.

Низький. Медсестра під'єднує наконечник до кухля Есмарха, змащує його вазеліном, розводить сідниці пацієнта своєю рукою, вводить наконечник не дотримуючись алгоритму. Не спостерігає за самопочуттям пацієнта. Відкриває вінтель, піднімає кухоль, після того, як вода ввійшла в кишківник повністю, не попереджає, щоб пацієнта стиснути сідниці з середини, сама не стискає сідниці ззовні перед видаленням наконечник. Не попереджає пацієнта скільки потрібно затримати воду в кишківнику і коли оправитись. Всі дії не автоматизовані, рухи не швидкі, не впевнені, між черговими кроками виконання процедури робить паузи.

1.4. Закінчення процедури.

Високий. Медсестра по закінченню процедури вкладає серветки, наконечник та гумові рукавички в контейнер для знезараження, запитує пацієнта про його самопочуття, бажає швидкого одужання, робить відмітку в документації про виконану маніпуляцію. Всі дії автоматизовані, швидкі.

Достатній. Медсестра по закінченню процедури вкладає серветки, наконечник та гумові рукавички в контейнер для знезараження, запитує пацієнта про його самопочуття, бажає швидкого одужання, робить відмітку в документації про виконану маніпуляцію. Всі дії автоматизовані, повільні, робить паузи між наступним кроком в закінченні процедури.

Середній. Медсестра по закінченню процедури вкладає серветки, наконечник та гумові рукавички в контейнер для знезараження, не запитує пацієнта про його самопочуття, бажає швидкого одужання, робить відмітку в документації про виконану маніпуляцію. Окремі дії автоматизовані, проте повільні, робить паузи між наступним кроком в закінченні процедури.

Низький. Медсестра по закінченню процедури викидає серветки та гумові рукавички викидає в сміттевий контейнер, наконечник залишає на місці проведення процедури, не запитує пацієнта про його самопочуття, не бажає швидкого одужання, не робить відмітку в документації про виконану маніпуляцію. Всі дії автоматизовані, проте повільні, робить паузи між наступним кроком в закінченні процедури.

2. Бесіда з пацієнтом перед внутрішньовенним введенням лікарських засобів

2.1 Підготовка до бесіди, привітання.

Високий. Медсестра, назвавши себе, вітається в пацієнтом, називаючи його по імені та по батькові, пропонує присісти. Цікавиться самопочуттям.

Достатній. Медсестра вітається в пацієнтом, називаючи його по імені та по батькові, пропонує присісти. Цікавиться самопочуттям.

Середній Медсестра вітається в пацієнтом, пропонує присісти. Цікавиться самопочуттям.

Низький. Медсестра запрошує пацієнта в кабінет.

2.2. Збір інформації.

Високий. Медсестра повідомляє про призначену пацієнту ін'єкцію, запитує чи знає він, що таким чином вводяться ліки, чи виконували йому або членам його родини таку маніпуляцію коли-небудь, чи бачив він її проведення та які у нього виникли відчуття у зв'язку з очікуванням ін'єкції.

Достатній. Медсестра повідомляє про призначену пацієнту ін'єкцію, запитує чи знає він, що таким чином вводяться ліки, чи бачив він її проведення та які у нього виникли відчуття у зв'язку з очікуванням ін'єкції.

Середній. Медсестра повідомляє про призначену пацієнту ін'єкцію, запитує які у нього виникли відчуття у зв'язку з очікуванням ін'єкції.

Низький. Медсестра повідомляє про призначену пацієнту ін'єкцію.

2.3. Інформування пацієнта.

Високий. Медсестра заспокоює пацієнта, повідомляє про переваги внутрішньовенного введення лікарських засобів, про швидкий ефект дії ліків, про безпечність, про те, що вона щоденно виконує велику кількість цієї маніпуляції і бездоганно володіє методикою, пояснює хід, дає відповіді на запитання, цікавиться самопочуттям. Обговорює можливі ускладнення, наводить аргументи про їх безпідставність. Знімає відчуття страху у зв'язку з очікуванням ін'єкції. Отримує згоду на проведення маніпуляції, пропонує підготуватись до внутрішньовенного введення лікарських засобів.

Достатній. Медсестра заспокоює пацієнта, повідомляє про переваги внутрішньовенного введення лікарських засобів, про швидкий ефект дії ліків, про безпечність, про те, що вона щоденно виконує велику кількість цієї маніпуляції і бездоганно володіє методикою, пояснює хід, не впевнено дає відповіді на запитання, цікавиться самопочуттям. Обговорює можливі ускладнення, наводить аргументи про їх безпідставність. Знімає відчуття страху у зв'язку з очікуванням ін'єкції. Отримує згоду на проведення маніпуляції, , пропонує підготуватись до внутрішньовенного введення лікарських засобів.

Середній. Медсестра заспокоює пацієнта, повідомляє про переваги внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям. Знімає відчуття страху у зв'язку з очікуванням ін'єкції, але в нього залишаються сумніви, щодо необхідності, пропонує підготуватись до внутрішньовенного введення лікарських засобів.

Низький. Медсестра не заспокоює пацієнта, не проінформувавши пацієнта про суть маніпуляції, методики її виконання і не отримавши згоду пацієнта, пропонує підготуватись до внутрішньовенного введення лікарських засобів.

2.4. Вербальний зв'язок під час проведення маніпуляції.

Високий. Медсестра заспокоює пацієнта, спостерігає за його самопочуттям під час внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям, підтримує нейтральну розмову, заохочуючи та відволікаючи пацієнта.

Достатній. Медсестра заспокоює пацієнта, спостерігає за його самопочуттям під час внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям, підтримує нейтральну розмову, відволікає пацієнта від маніпуляції.

Середній. Медсестра заспокоює пацієнта, спостерігає за його самопочуттям під час внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям.

Низький. Медсестра не заспокоює пацієнта, не спостерігає за його самопочуттям під час внутрішньовенного введення лікарських засобів, мовчить.

2.5. Завершення бесіди.

Високий. Медсестра заспокоює пацієнта, спостерігає за його самопочуттям по закінченню внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям, пропонує посидіти в кабінеті, підтримує нейтральну розмову, хвалить його за впевненість та правильний вибір, бажає швидкого одужання, запрошує на завтра у визначений час. Просить повідомити лікаря або медичну сестру про зміну стану впродовж дня.

Достатній. Медсестра заспокоює пацієнта, спостерігає за його самопочуттям по закінченню внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям, пропонує посидіти в кабінеті, неохоче підтримує нейтральну розмову, бажає швидкого одужання, запрошує на завтра у визначений час. Просить повідомити лікаря або медичну сестру про зміну стану впродовж дня.

Середній. Медсестра спостерігає за його самопочуттям по закінченню внутрішньовенного введення лікарських засобів, цікавиться самопочуттям, неохоче підтримує нейтральну розмову, запрошує на завтра у визначений час.

Низький. Медсестра мовчки закінчує процедуру і запрошує наступного пацієнта.

**АНКЕТА-ХАРАКТЕРИСТИКА
ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
ДО РОБОТИ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ**

Для покращення підготовки медичної сестри до роботи в сімейній медицині по спостереженню і догляду за пацієнтами просимо Вас оцінити власний рівень підготовки.

№ у/п	Якості й компетенції	Критерії оцінки				
		Згідний	Скоріше згідний	Важко сказати	Скоріше незгідний	Не згідний
		5	4	3	2	1
1.	Діяльність медичної сестри відіграє дуже важливу роль в одужанні хворого, а тому є необхідною					
2.	Я знаю, як провести медсестринське втручання при спостереженні за хворим					
3.	Я знаю, як провести медсестринське втручання при виконанні маніпуляцій					
4.	Я знаю, як провести реабілітаційне втручання в санології					
5.	Я зможу провести процедуру заповнення системи для внутрішньовенного введення лікарських засобів та підключити її до хворого					
6.	Я зможу провести процедуру катетеризацію сечового міхура жінці					
7.	Я зможу провести навчання пацієнта та його родини					
8.	Я хочу стати фахівцем у своїй галузі через її престижність					
9.	Я хочу стати фахівцем у своїй галузі через те, що мені подобається обрана професія					
10.	Я хочу стати фахівцем у галузі сімейної медицини та самореалізуватися як спеціаліст					

0-12 балів – низький рівень підготовки. Ви майже не маєте знань і умінь, які необхідні медичній сестрі для роботи з пацієнтами в сімейній медицині.

13-25 балів – середній рівень підготовки. Як на молодого, початкового фахівця, який з пацієнтами в сімейній медицині, – все в порядку. Ви знаєте все основне для роботи під керівництвом старшого колеги.

26-38 балів – достатній рівень підготовки. Ваші знання і навички дають змогу Вам працювати із пацієнтами в сімейній медицині самостійно, однак звертаючись за консультаціями до досвідчених колег.

39-50 балів – високий рівень підготовки. Ваші знання та навички майже ідеальні для самостійної роботи із пацієнтами в сімейній медицині, Ви дуже високої думки про свої знання і уміння.

**ВИТЯГ З ПРОГРАМИ ДИСЦИПЛІНИ
«МЕДСЕСТРИНСТВО В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ»**

Програма з дисципліни “Медсестринство в сімейній медицині” для вищих медичних навчальних закладів України I–IV рівнів акредитації складена для спеціальності 5.12010102 “Сестринська справа” напряму підготовки 1101 “Медицина” відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики (ОКХ) і освітньо-професійної програми (ОПП) підготовки медичних сестер, затверджених наказом МОН України 2002 р.

За навчальним планом вивчення медсестринства в сімейній медицині здійснюється на третьому році навчання.

“Медсестринство в сімейній медицині” як навчальна дисципліна:

- ґрунтується на попередньо вивчених дисциплінах: “Анатомія людини”, “Фізіологія”, “Мікробіологія”, “Основи латинської мови з медичною термінологією”, “Основи психології та міжособове спілкування”, “Фармакологія та медична рецептура”, “Ріст та розвиток людини”, “Основи медсестринства”, “Медсестринство у внутрішній медицині”, “Медсестринство в педіатрії”, “Медсестринство в хірургії”, “Медсестринство при інфекційних хворобах” тощо;
- інтегрується з такими дисциплінами: “Основи профілактичної медицини”, “Медична та соціальна реабілітація” тощо;
- закладає студентам фундамент для подальшого засвоєння ними знань та вмінь з циклу “Медсестринство в геріатрії та геронтології”, “Громадське здоров’я і громадське медсестринство” тощо.

Організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульно-рейтинговою системою відповідно до вимог Болонського процесу.

Програма дисципліни структурована на модулях, які містять блоки змістових модулів. Обсяг навчального навантаження студентів описаний у кредитах ECTS – залікових кредитах, які зараховуються студентам при успішному засвоєнні ними відповідного модулю (залікового кредиту).

Програма дисципліни включає три модулі, до складу яких входять шість змістових модулів.

Модуль I. Організація роботи сімейної медичної сестри на дільниці.

Змістовий модуль 1. Загальні принципи організації роботи сімейної медичної сестри на дільниці.

Змістовий модуль 2. Профілактика – основа сімейної медицини.

Модуль II. Організація первинної медико-санітарної допомоги населенню дільниці.

Змістовий модуль 3. Діагностично-лікувальна робота на дільниці, участь сімейної медичної сестри в її проведенні.

Змістовий модуль 4. Протиепідемічна робота.

Модуль III. Проблеми надання довготривалої медичної допомоги населенню.

Змістовий модуль 5. Артеріальні гіпертензії, суглобовий синдром у практиці сімейної медицини.

Змістовий модуль 6. Патологія органів травлення, найчастіша ендокринна патологія та захворювання кровотворної системи.

Видами навчальних занять згідно з навчальним планом є:

- лекції;
- практичні заняття;
- самостійна позааудиторна (індивідуальна) робота студентів.

Теми лекційного курсу розкривають загальні принципи організації роботи на дільниці, функціональні обов'язки сімейної медичної сестри на робочому місці як помічника сімейного лікаря. Матеріал подається посиндромно. Особлива увага звертається на вікові аспекти найбільш поширених захворювань, сучасні методи діагностики, диспансеризацію, реабілітацію, пропаганду здорового способу життя, формування та зміцнення здоров'я населення.

Практичні заняття передбачають:

- проведення медсестринського обстеження пацієнтів різного віку;
- виявлення проблем пацієнтів та членів родини;
- здійснення догляду та опіки відповідно до етапів медсестринського процесу в домашніх умовах або в денному стаціонарі;
- проведення диспансерного спостереження, реабілітаційних заходів, профілактичної та протиепідемічної роботи на дільниці.

Самостійна позааудиторна робота студентів спрямована на самостійний пошук тематичної літератури, самостійне вивчення фрагментів навчальної програми, виконання індивідуальних завдань викладача.

Предметні (циклові) комісії мають право вносити зміни до навчальної програми залежно від організаційних і технічних можливостей, напрямків наукових досліджень, екологічних особливостей регіону, але відповідно до кінцевих цілей ОКХ і ОПП за фахом підготовки та навчальним планом.

Засвоєння тем контролюється на практичних заняттях у відповідності з конкретними цілями, засвоєння змістових модулів — на практичних підсумкових заняттях. Для визначення рівня підготовки знань студентів застосовуються: тестові теоретичні завдання, комп'ютерні тести, розв'язування ситуаційних задач, ділові ігри, контроль засвоєння практичних навичок тощо.

Підсумковий контроль засвоєння модулів здійснюється після їх завершення. Оцінка успішності студента з дисципліни виставляється в шкалі навчального закладу, національній шкалі та шкалі ECTS.

Кінцеві цілі вивчення дисципліни:

- забезпечувати лікувально-охоронний і санітарно-протиепідемічний режим в структурних підрозділах лікувально-профілактичного закладу та в

Список використаної літератури

домашніх умовах;

- проводити профілактичну роботу на дільниці;
- проводити медсестринське обстеження пацієнтів різного віку;
- виконувати медсестринські втручання та опіку відповідно до етапів медсестринського процесу;
- володіти методами підготовки та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;
- асистувати сімейному лікареві під час інструментальних обстежень та лікувальних процедур;
- надавати невідкладну долікарську медичну допомогу при критичних станах на догоспітальному етапі;
- володіти прийомами реанімації;
- допомагати сімейному лікареві здійснювати диспансеризацію, реабілітаційні заходи, профілактику при найбільш поширених захворюваннях;
- вести затверджену медичну та медсестринську документацію;
- проводити протиепідемічну роботу на дільниці;
- пропагувати медичні та санітарно-гігієнічні знання серед населення дільниці.

**ПРОГРАМА СПЕЦКУРСУ «ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ НАВЧАННЯ САМО-
ТА ВЗАЄМОДОГЛЯДУ ПАЦІЄНТА І ЙОГО РОДИНИ В СІМЕЙНІЙ
МЕДИЦИНІ»**

Пояснювальна записка

Професійно-педагогічна компетентність у медсестринській практиці вимагає засобів, форм та методів роботи медичної сестри в лікувально-профілактичних закладах відповідно до вимог навчальної програми. Медсестринська діяльність спрямована як на досконале володіння маніпуляційної технікою за для виконання призначень лікаря, так і на психологічну підготовку пацієнта, формування у нього уявлення про хворобу та шляхи її подолання, а також життя в умовах хвороби, що забезпечує співпрацю медичної сестри з пацієнтом та його родиною під час медсестринського догляду. Методологія навчання пацієнтів у професії медсестри допомагає їй у прийнятті рішень, прогнозуванні, виконанні втручань та оцінці отриманих результатів.

Медична сестра має справу з пацієнтом і спрямовує свою діяльність на вирішення існуючих і та попередження потенційних проблем, які є характерними для пацієнтів. В медсестринстві пацієнтом може бути індивідуум, родина або суспільна група, тому медсестринський навчальний процес адаптований до кожного типу пацієнта.

Значна увага приділена розкриттю суті сучасних підходів у медсестринській педагогіці, стандартам навчання пацієнтів та членів їх родин.

Програма розрахована на кількість кредитів – 1,5, модулів – 1, змістовних модулів – 4, на 54 годин, з них: лекцій – 10 годин, практичних занять – 26 годин, самостійна поза аудиторна робота студента – 18 годин. Зміст програми включає вивчення поняття медсестринської педагогіки; спілкування як форми діяльності в інформуванні та отриманні інформації; засоби і функції спілкування; зміст, методи та технологічні прийоми навчання при спостереженні за пацієнтами, виконанні маніпуляційної техніки, в санології.

Реалізація виконання програми здійснюється під час лекцій, практичних, аудиторних та клінічних занять. Контроль знань проводиться на практичних заняттях. Теми, що винесені на самостійне опрацювання студентів, зараховуються на практичних заняттях. Під час вивчення програми проводиться залік чотирьох змістових модулів. Обсяг та якість засвоєння матеріалу контролюється при розв'язанні студентами ситуаційних завдань різного рівня, виконаннями практичних навичок, а також тестовим контролем.

Після вивчення курсу студент повинен знати:

1. Поняття медсестринської педагогіки. Роль навчання пацієнта у формуванні ставлення до життя в умовах хвороби.
2. Зміст, методи й технологічні прийоми навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині.
3. Основні концептуальні принципи, засоби й форми навчання пацієнтів.

Список використаної літератури

4. Визначення понять «індивідум», «особистість», «пацієнт», «хворий пацієнт», «сім'я», «родина», «суспільна група» «медична сестра загальної практики – сімейної медицини» «навчання пацієнта та його родини» як об'єкти медсестринського навчання і догляду.
5. Поняття здоров'я, хвороба, реабілітація, профілактика.
6. Функції медсестринської педагогіки. Основні медсестринські завдання при формуванні ставлення пацієнта до свого здоров'я.
7. Принципи застосування етапів медсестринського процесу в організації інформування і навчання елементам само- та взаємодогляду, таксономію медсестринського діагнозу.
8. Основи організації здоров'я, медичної психології, етики і деонтології медичного працівника.
9. Способи збору, накопичення, обробки й оцінки інформації про стан здоров'я населення.
10. Основи медичної інформатики як засобу навчання пацієнта та його сім'ї.
11. Первинні засади соціальної гігієни, гігієни хворого, особистої гігієни медичної сестри.
12. Основні принципи профілактики в сімейній медицині.
13. Форми і методи санітарно-просвітницької роботи.
14. Методи планування сім'ї. Психопрофілактичну підготовку вагітної до пологів, методи лікувальної фізкультури для вагітних жінок.
15. Загальні питання організації інформування та навчання в умовах первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, амбулаторно-поліклінічної, швидкої медичної допомоги.
16. Основи техніки безпеки та охорони праці.
17. Принципи раціонального вигодовування і догляду за доношеними і недоношеними дітьми, методи загартування, фізичного виховання дітей.
18. Загальні принципи дієтотерапії. Основні положення щодо раціонального харчування хворих в залежності від їх віку і характеру захворювання.
19. Санітарно-гігієнічні вимоги, що ставляться до дитячих закладів і місць перебування дітей.
20. Основи здорового способу життя, методи та засоби його пропагування.
21. Принципи проведення санітарно-освітньої роботи з дітьми та батьками.
22. Основи законодавства України з охорони здоров'я, нормативні документи, які визначають діяльність органів і закладів охорони здоров'я.

Студент повинен вміти:

1. Обстежити пацієнта та визначити стан здоров'я.
2. Визначити проблеми пацієнта, пов'язані з інформуванням та навчанням.
3. Спланувати навчання на основі медсестринського процесу.
4. Здійснювати план медсестринських втручань по інформуванню та навчанню.
5. Проводити навчання пацієнта та членів його родини.

6. Заповнити медичну та медсестринську документацію.
7. Оцінювати ефективність медсестринського процесу по інформуванню та навчанню пацієнта та членів його родини.
8. Володіти необхідними знаннями щодо особливостей організації педагогічної діяльності медичної сестри сімейної медицини на денних стаціонарах та стаціонарах вдома.
9. Володіти методикою та навчати хворого підготовки до досліджень (лабораторних, інструментальних, апаратних).
10. Брати активну участь у проведенні заходів щодо профілактики захворювань населення дільниці та його диспансеризації.
11. Брати участь у впровадженні навчання пацієнта у підготовці до призначених передових методів діагностики і лікування
12. Навчати матір правилам догляду за дитиною.
13. Володіти методами роботи в соціально неблагонадійних сім'ях.
14. Систематично підвищує свої професійні знання.
15. Користуватись методикою оцінювання функціонування здорової сім'ї, її дисфункції (нездорова родина, сім'я з підвищеним медичним ризиком).
16. Оцінювати взаємини в родині, ставлення її членів до здоров'я, реакцію сім'ї на стреси, родинні проблеми; соціальні, релігійні, економічні, поведінкові аспекти життя сім'ї; бюджет і фінансові проблеми; умови праці членів сім'ї; особливості змін у родині з часом (зачаття, вагітність, народження дитини, реалізація особистості, вихід на пенсію, старіння, старечий вік, самотність).
17. Проводити санітарно-освітню роботу щодо гігієни харчування вагітної, профілактики незапланованої вагітності
18. Пропагувати медичні та санітарно-гігієнічні знання серед населення.
19. Організувати разом з лікарем громаду, залучити її до проведення оздоровчих заходів на дільниці.
20. Організувати використання територіальних засобів масової інформації для пропагування різних аспектів здорового способу життя.
21. Забезпечувати проведення санітарно-освітніх заходів на території обслуговування, організувати через засоби масової інформації пропагування раціонального харчування, рухової активності, загартовування, психічної саморегуляції, активного довголіття.
22. Брати участь у роботі науково-практичних конференцій з питань організації надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики – сімейної медицини.
- 23.** Активно підвищувати кваліфікацію шляхом виступів з доповідями, реферативними оглядами медичної літератури.

Список використаної літератури

Структурований план навчальної дисципліни «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині» для спеціальності «Медична сестра» денна форма навчання

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, із них:				Рік навчання	Вид контролю
	Всього	Аудиторних лекцій	Практ. занять	ІСРС		
Всього годин по дисципліні	54	10	26	18	3	Поточний контроль знань, умінь і навичок
Кредитів ECTS	1,5					
І семестр						
години модулю І	54	10	26	18	3	
Кредитів ECTS	1,5					
Модуль І	54	10	26	18	3	Підсумковий контроль знань, умінь і навичок
«Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині»						
Змістових модулів - 4.						
В тому числі підсумковий модульний контроль						

Рейтингова шкала поточного та підсумкового контролю модулю I «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині»

Змістовий модуль I (кількість балів по кожній темі)		Поточний контроль	Підсумковий контроль	Всього
Тема 1	9 балів	96 x 12т = 108 балів ІДРС - 12 балів	Теоретичних знань - 30 б Практичних занять - 50 б	200 балів
Тема 2	9 балів			
Тема 3	9 балів			
Тема 4	9 балів			
Тема 5	9 балів			
Тема 6	9 балів			

Додатки

Тема 7	9 балів			
Тема 8	9 балів			
Тема 9	9 балів			
Тема 10	9 балів			
Тема 11	9 балів			
Тема 12	9 балів			
Всього	108 балів	120 балів	80 балів	200 балів

Конвертаційна система оцінювання модулю І для поточного контролю:

« 5 » – 9 балів

« 4 » – 7-8 балів

« 3 » – 5-6 балів

« 2 » – 4 бали

Мінімальний бал допуску до ПМК:

$$5 \text{ балів} \times 12 \text{ тем} + 12 \text{ балів (ІДРС)} = 72 \text{ бали}$$

Конвертація рейтингового балу у шкалу успішності ECTS:

Національна	Школа ECTS	Рейтингова оцінка, бали
5 – відмінно	A – відмінно	180-200
4 – добре	B – дуже добре	166-179
	C – добре	150-165
3 – задовільно	D – задовільно	134-149
	E – достатньо (задовольняє мінімальні критерії)	120-133
2 – незадовільно	FX – незадовільно	70-119
Не допущений	F – (потрібна додаткова робота)	1-69

Структура залікового кредиту модулю І

«Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду»

пацієнта і його родини в сімейній медицині»

Тема

Лекції Практик. СРС ІДСР
зан

Змістовий модуль 1.

Організація навчання пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині.

Тема 1.

Педагогічні аспекти в медсестринстві. 2 - 1

Поняття медсестринська педагогіка.

Навчання в сімейній медицині.

Тема 2.

Спілкування як форма діяльності. Способи і

Список використаної літератури

функції спілкування в сімейній медицині.	2	-	2
--	---	---	---

Змістовий модуль 2.

Зміст і форми навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

Тема 3.

Зміст і форми навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.	2	14	5
---	---	----	---

Змістовий модуль 3.

Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

Тема 4.

Змістова характеристика навчання пацієнта та його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.	2	8	4
--	---	---	---

Змістовий модуль 4

Принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санонології.

Тема 5.

Принципи навчання пацієнта та його родини медичною сестрою в санонології.	2	2	2
---	---	---	---

Підсумковий модульний контроль	-	2	2
Всього годин	10	26	18
Кредитів ECTS		1,5	

Тематичний план лекцій з дисципліни «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині» модулю I «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині»

№ з/п	Тема	К-ть годин
-------	------	------------

**Змістовий модуль 1.
Організація навчання**

пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині.

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Педагогічні аспекти в медсестринстві. Поняття медсестринської педагогіки. Навчання в сімейній медицині. | 2 |
| 2. | Спілкування як форма діяльності. Способи і методи спілкування в сімейній медицині. | 2 |

Змістовий модуль 2.

Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

- | | | |
|----|--|---|
| 3. | Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами. | 2 |
|----|--|---|

Змістовий модуль 3.

Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

- | | | |
|----|---|---|
| 4. | Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань. | 2 |
|----|---|---|

Змістовий модуль 3.

Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології.

- | | | |
|----|--|---|
| 5. | Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології. | 2 |
|----|--|---|

Всього	10
---------------	-----------

Тематичний план

практичних занять з дисципліни «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині» модулю I «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині»

№ з/п	Тема	К-ть годин
--------------	-------------	-------------------

Змістовий модуль 2.

Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Форми і методи навчання пацієнта медичною сестрою при | 2 |
|----|---|---|

Список використаної літератури

- | | | |
|----|---|---|
| | прийманні пацієнтів. | 2 |
| 2. | Функціональні особливості навчання правилам особистої гігієни, лікувального харчування та годування пацієнта. | 2 |
| 3. | Організація навчання сімейною медичною сестрою при оцінці функціонального стану терморегуляції пацієнта. | 2 |
| 4. | Принципи інформування й навчання пацієнта і його родини при спостереженні за дихальною та серцево-судинною системами. | 2 |
| 5. | Змістова характеристика навчання при спостереженні за шлунково-кишковим трактом пацієнта. | 2 |
| 6. | Організаційна технологія навчання при спостереженні за сечовидільною системою пацієнта. | 2 |
| 7. | Сучасні підходи навчання при спостереженні за тяжкохворим та агонуючим пацієнтом. | 2 |

Змістовий модуль 3.

Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

- | | | |
|-----|---|---|
| | Аспекти навчання пацієнта і його родини методам найпростішої фізіотерапії. | 2 |
| 8. | Принципи інформування й навчання пацієнта при виконанні медикаментозних призначень лікаря. | 2 |
| 9. | Зміст інформування і навчання пацієнта по підготовці до лабораторного дослідження. | 2 |
| 10. | Інформування й навчання пацієнта по підготовці до призначеного інструментального дослідження. | 2 |
| 11. | | |

Змістовий модуль 4

Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології.

- | | | |
|-----|---|---|
| | Зміст і методи навчання пацієнта і його родини в санології. | 2 |
| 12. | Підсумковий модульний контроль. | 2 |
| 13. | | |

Всього 26

Тематичний план

самостійної роботи з дисципліни «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині» модулю І «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині»

№з/п	Тема	К-ть год
------	------	----------

Змістовий модуль 1.

Організація навчання пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині.

- | | | |
|----|--|---|
| | Вимоги до вибору теми, місця і часу навчання пацієнтів в | 1 |
| 1. | | |

сімейній медицині.

- | | | |
|----|--|---|
| 2. | Вплив спілкування й мовлення на одужання пацієнта і формування його уявлення про здоров'я. | 2 |
|----|--|---|

Змістовий модуль 2.

Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

- | | | |
|----|--|---|
| 3. | Роль сім'ї у забезпеченні особистої гігієни пацієнта. | 1 |
| 4. | Принципи дієтотерапії при патології органів травлення, дихання, серцево-судинної і сечовидільної систем. | 1 |
| 5. | Формування значущості в одужанні пацієнта через дбайливий і повноцінний догляд за ним членів сім'ї в різні періоди лихоманки. | 1 |
| 6. | Особливості деонтологічної поведінки родини з пацієнтом, що має проблеми через проблеми дихальної та серцево-судинної системи. | 1 |
| 7. | Психологічні основи деонтологічної поведінки родини до пацієнта, що має проблеми через проблеми травлення. | 1 |
| 8. | Вплив деонтологічної поведінки родини на пацієнта, що має проблеми через захворювання сечовидільної системи. | 1 |
| 9. | Пріоритетні аспекти деонтологічної поведінки медичної сестри з тяжкохворими та родинами агонуючих пацієнтів. | 1 |

Змістовий модуль 3.

Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

- | | | |
|-----|---|---|
| 10. | Роль медичної сестри сімейної медицини у формуванні ставлення пацієнта до медикаментозної терапії. | 2 |
| 11. | Важливість особистісних якостей медичної сестри у сприйманні пацієнтом навчання по підготовці до лабораторних досліджень. | 2 |
| 12. | Формування у пацієнта усвідомлення в необхідності підготовки до інструментальних досліджень. | 2 |

Змістовий модуль 4. Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології.

- | | | |
|-----|--|---|
| 13. | Завдання медичної сестри сімейної медицини у пропагуванні здорового способу життя серед пацієнтів. | 2 |
|-----|--|---|

Всього	18
---------------	-----------

Зміст програми.

Модуль І. „Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта і його родини в сімейній медицині”

Змістовий модуль 1. Організація навчання пацієнта і його родини медичною сестрою у сімейній медицині.

Лекція 1.

Тема. Педагогічні аспекти в медсестринстві. Поняття медсестринська педагогіка. Навчання в сімейній медицині.

Поняття педагогіки як науки про виховання людини. Медсестринська педагогіка як галузь педагогічної науки. Основне завдання медичної сестри-педагога – розвиток самостійності пацієнта.

Зміст поняття «навчання» за Міжнародною комісією «Освіта ХХІ століття»: навчати навчатися, навчати працювати, навчати бути, навчати жити. Національна доктрина «Освіта ХХІ століття».

Методи навчання за Ю.К.Бабанським: організації і проведення навчально-пізнавальної діяльності (словесні, наочні, проблемно-пошукові, індуктивно-дедуктивні; методи стимулювання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності (пізнавальні ігри, навчальні дискусії, емоційний вплив педагогів, заохочення навчальної діяльності, покарання); методи контролю і самоконтролю в навчанні (опитування, письмові роботи, тестування, контрольні лабораторні роботи, практичні роботи, машинний контроль, самоконтроль).

Методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою: навчальна робота медичної сестри-педагога (викладання); навчально-пізнавальна діяльність пацієнта (учіння); специфіка їхньої діяльності щодо досягнення цілей навчання. Основні функції методів навчання: навчальна (освітня), розвиткові, виховна, мотиваційна, контрольна-коригувальна. Партнерство (співробітництво) з пацієнтом, стимуляція до зміни поведінки. Інформування та навчання пацієнта за для адаптації до змін, спричинених хворобою.

Категорії педагогіки, які застосовує медична сестра загальної практики сімейної медицини у навчанні пацієнта та його сім'ї: формування, розвиток та виховання у пацієнта та його родини прагнення до самовиховання, самоосвіти, саморозвитку та перевиховання з метою відновлення та збереження здоров'я. Структурна, особиста та соціальна цілісність кожного члена родини.

Місце та роль навчання пацієнта та його сім'ї в ранніх та сучасних теоріях медсестринства (Хільдегард Пеплау, Дороті Орем, Бетті Ньюмен, Мойри Левайн, Мойри Ален, Джулії Джонсон, Калісти Рой, Вірджинії Хендерсон).

Методи виховання пацієнта, спрямовані на оволодіння знаннями, уміннями, навичками, формування його поведінки в умовах хвороби для створення повноцінної життєдіяльності: словесні (розповідь, бесіда, диспут, лекція, приклад); методи привчання (практичні методи: тренування, доручення, гра, праця); методи заохочення, покарання: (додаткові методи,

спрямовані на виховання дисциплінованості пацієнта). Прийоми, способи та засоби виховання ставлення пацієнта до свого здоров'я.

Пацієнт як предмет виховання медичною сестрою. Педагогічні підходи у використанні впливу медичної сестри на пацієнта та членів його родини за для одужання (переконавання, приклад, вправи, заохочення, примус). Використання соціального середовища як сукупності умов життєдіяльності для забезпечення адаптаційної, колективної, культурної та суспільно-господарчої виховної функції.

Планування навчально-консультативного втручання з метою відновлення рівноваги між можливостями і потребами пацієнта в самогляді.

Формування мотивів, мотивації самовиховання пацієнта і постійного прагнення до самовдосконалення з метою реалізації життєвих планів, задоволення щоденних соціальних, фізіологічних та матеріальних потреб.

Навчання пацієнтів за для відновлення навичок самообслуговування за схемою: від найпростіших до складніших, поступово розширюючи їх коло.

Самостійна робота 1.

Тема. Вимоги до вибору теми, місця і часу навчання пацієнта.

Роль медичної сестри загальної практики сімейної медицини в організації навчання пацієнта та його родини в сімейній медицині. Важелі впливу на формування у пацієнтів мотивації до навчання та стимулювання до збереження власного здоров'я. Розуміння медичною сестрою залежності у спіху навчання від вибору теми, місця і часу навчання пацієнта.

Лекція 2.

Тема. Спілкування як форма діяльності. Способи і методи спілкування в сімейній медицині.

Поняття спілкування. Види, форми, методи, засоби спілкування.

Слово як метод навчання та виховання. Характеристика «слова» як філософської категорії відомими педагогами та медичними працівниками.

Функції спілкування: інформаційно-комунікативна, афективно-комунікативна, регуляторно-комунікативна.

Властивості спілкування: змістовність, зрозумілість, дієвість, виразність, культура спілкування.

Стилі спілкування: демократичний, авторитарний, ліберальний.

Типи спілкування: домінантний, недомінантний, мобільний, ригідний, екстравертний, інтравертний.

Канали спілкування: вербальне (мовне); немовне (вираз обличчя, міміка, жести, рухи, погляд, постава, хода, зовнішній вигляд); письмове.

Елементи ефективного спілкування: відправник, повідомлення, канал спілкування, одержувач, підтвердження повідомлення (зворотній зв'язок).

Складові вербального спілкування: розповідь (науково-популярна, художня, розповідь-опис чи оповідання); пояснення як вплив на емоційно-почуттєву сферу особистості пацієнта; лекція (традиційна, проблемна,

розмовна, курсова та монографічна, лекція-дискусія, лекція-консультація, програмована лекція, лекція-бесіда); бесіда (вступна, бесіда-повідомлення, бесіда-повторення, контрольна, репродуктивна, катехізисна, евристична); дискусія («побіжна», спрямована на формування переконань, справжня навчальна дискусія); семінарське заняття.

Рівні словесного методу навчання: інформаційно-словесний, словесно-проблемний, словесно-евристичний, словесно-дослідницький.

Вимоги до вербального спілкування: висока культура мовлення медичної сестри-педагога (чіткість, доступність, правильність, особистісна забарвленість); образність і емоційна забарвленість; наявність елементів особистої оцінки і ставлення педагога до змісту матеріалу, який подається; чітка логіка і послідовність чи довільність викладу; пізнавальна та виховна спрямованість; достовірність та наукова обґрунтованість фактів; достатня кількість яскравих прикладів, які доводять викладені положення.

Умови, що сприяють ефективному спілкуванню: відчуття присутності; вміння слухати; уміння сприймати; бажання піклуватись про пацієнта; прагнення розкриватись самому, здатність до співчуття та переживання; розуміння; щирість; повага.

Вплив на поведінку людини через спілкування. Рівень підготовки, досвіду, культури і тактовності – запорука вміння правильно розмовляти з пацієнтом. Особливості спілкування медичної сестри з пацієнтами різних типів.

Конструктивні й неконструктивні конфлікти та роль медичної сестри у їх попередженні. Способи уникнення та подолання конфліктів.

Створення сімейною медичною сестрою санітарного активу дільниці для проведення активної санітарно-просвітницької роботи серед населення. Профілактична робота в родинях.

Самостійна робота 2.

Тема. Вплив спілкування й мовлення на одужання пацієнта і формування його уявлення про здоров'я.

Роль медичної сестри у формуванні уявлення пацієнта про здоров'я. Застосування вербального та невербального спілкування в медсестринстві для залучення пацієнта та його родини до співпраці на шляху до одужання.

Змістовий модуль 2. Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

Лекція 3.

Тема. Зміст і методи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при спостереженні за пацієнтами.

Поняття спостереження за пацієнтами. Оцінка функціонального стану пацієнта та його спроможності передавати і отримувати інформацію медичною сестрою загальної практики сімейної медицини. Постановка медсестринського діагнозу. Планування медсестринських втручань по інформуванню і навчанню пацієнта елементам само- та взаємодогляду при прийманні пацієнтів на стаціонарне лікування; спостереженні за

термометрією; порушенні функцій дихальної, серцево-судинної, травної, сечовидільної систем; тяжкохворим та агонуючим пацієнтам з метою відновлення рівноваги між можливостями і потребами в самодогляді.

Причини дефіциту самодогляду (за Д.Орем): відсутність знань; невміння виконувати окремі дії з самодогляду; нерозуміння важливості самодогляду.

Переконавання пацієнта в необхідності проведення процедур чи навчання. Психологічна підготовка пацієнта перед проведенням процедур та навчання. Отримання згоди на проведення процедур та навчання. Застосування у навчанні ілюстративних матеріалів, технічного оснащення та мультимедійних засобів.

Залучення до одужання пацієнта членів його родини з метою забезпечення структурної, особистої та соціальної цілісності. Навчання сім'ї елементам догляду за пацієнтом.

Практичне заняття 1.

Тема. Форми і методи навчання пацієнтів медичною сестрою при прийманні пацієнтів.

Проведення медсестринського обстеження з метою оцінка загального стану пацієнта і збору інформації про його стан. Визначення його проблем дефіциту самодогляду і постановка медсестринського діагнозу. Планування медсестринських втручань по інформуванню і навчанню пацієнта і його родини елементам само- і взаємодогляду.

Переконавання пацієнта в необхідності та доцільності госпіталізації. Отримання згоди на проведення антропометрії. Пояснення суті та отримання згоди на санітарну обробку. Ознайомлення з правилами поведінки в умовах стаціонару, вимогами лікувально-охоронного режиму. Переконавання пацієнта в необхідності дотримання режиму фізичної активності та методу транспортування у відділення за призначенням лікаря. Навчання користуванню допоміжними засобами пересування.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження;
- медсестринська оцінка стану пацієнта;
- планування медсестринських втручань по інформуванню та навчанню пацієнта;
- проведення бесід з пацієнтом при прийманні його на стаціонарне лікування про: необхідність госпіталізації та лікування в умовах стаціонару; необхідність санітарної обробки тіла пацієнта; важливість додаткових методів обстеження; доцільність призначеного режиму фізичної активності; безпечність призначеного методу транспортування; вимоги, щодо дотримання лікувально-охоронного режиму; стимулювання пацієнта до співпраці за для одужання;
- обговорення з пацієнтом можливість та необхідність користування допоміжними пересувними засобами;

- навчання пацієнта користуванню допоміжними засобами транспортування (милицями, ходунками, ковільною, кріслом-каталкою) спочатку з допомогою, а потім самостійно;
- заохочування пацієнта похвалою, стимулювати до подолання сумнівів, невпевненості, страху;
- оцінка медсестринських втручань по інформуванню та навчанню пацієнта;
- документування етапів медсестринського процесу в сестринській історії хвороби пацієнта.

Практичне заняття 2.

Тема. Функціональні особливості навчання правилам особистої гігієни, лікувального харчування та годування пацієнта.

Проведення медсестринського обстеження з метою виявлення ставлення людини до особистої гігієни та спроможності у її забезпеченні. Збір інформації про пацієнта, визначення його проблем дефіциту самодогляду і постановка медсестринського діагнозу. Оцінка загального стану пацієнта та спроможності його отримувати навчальну інформацію. Медсестринське спостереження за його станом та готовність до передачі й отримання інформації. Планування медсестринських втручань з метою забезпечення умов для задоволення потреб в особистій гігієні. Здійснення інформування, навчання та догляду за хворими.

Проведення санітарно-освітніх бесід по профілактиці педикульозу, пролежнів. Навчання пацієнта догляду за ротовою порожниною, волоссям, очима, носом, вухами, шкірою, природними складками. Навчання пацієнта та членів його сім'ї користуванню допоміжними засобами (підкладними колами, функціональним ліжком) та умінню проведення заходів для профілактики пролежнів.

Переконання в необхідності дотримання правил особистої гігієни. Допомога пацієнту в подоланні комплексу неспроможності самопомогти по дотриманню особистої гігієни тіла. Заохочення пацієнта до прагнення забезпечувати особисту гігієну власного тіла.

Сімейна медична сестра – приклад високої санітарної культури.

Первинна оцінка адекватності харчування пацієнта. Пояснення суті принципів раціонального харчування, призначеного режиму дієтичного харчування, особливостей застосування розвантажувальних днів.

Навчання пацієнта та його родичів: складанню добового меню, враховуючи особливості дієтичного стола, призначеного лікарем; годуванню з поїльника.

Переконання в доречності тимчасового утримання до повного одужання від вживання продуктів харчування, які можуть зашкодити здоров'ю. Пояснення суті та отримання згоди на проведення за призначенням лікаря

методів штучного харчування: годування через зонд, гастростому; постановки за необхідності живильної клізми; парентерального харчування.

Принципи раціонального вигодовування і догляду за доношеними і недоношеними дітьми. Навчання матір правилам годування дітей різного віку. Інформування родин про особливості харчування пацієнтів похилого та старечого віку.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження;
- медсестринська оцінка стану пацієнта;
- планування медсестринських втручань по інформуванню та навчанню пацієнта;
- встановлення з пацієнтом довірливих стосунків, що зміцнить взаємовідносини, сприятиме отриманню і передачі навчальної інформації;
- проведення бесід з пацієнтом про доцільність дотримання правил особистої гігієни, профілактики педикульозу та пролежнів;
- навчання пацієнтів догляду за: ротовою порожниною, волоссям, очима, носом, вухами; шкірою, природними складками;
- навчання пацієнта та його родичів складанню добового меню, враховуючи особливості дієтичного стола, призначеного лікарем;
- переконання в доречності тимчасового утримання до повного одужання від вживання продуктів харчування, які можуть зашкодити здоров'ю;
- пояснення суті та отримання згоди на проведення за призначенням лікаря методів штучного харчування: годування через зонд, годування через гастростому, постановки за необхідності живильної клізми, парентерального харчування;
- оцінка медсестринських втручань по навчанню пацієнта і його родини;
- документування етапів медсестринського процесу в сестринській історії хвороби пацієнта при проведенні інформування та навчання пацієнта правилам особистої гігієни, особливостям харчування та годування хворих пацієнтів.

Самостійна робота 3.

Тема. Роль сім'ї у забезпеченні особистої гігієни пацієнта.

Культура гігієни тіла як запорука міцного здоров'я. Формування медичною сестрою ролі членів родини для забезпечення особистої гігієни пацієнта.

Самостійна робота 4.

Тема. Принципи дієтотерапії при патології органів травлення, печінки, органів дихання, серцево-судинної і сечовидільної систем.

Принципи дієтотерапії при патології органів травлення, дихання, серцево-судинної і сечовидільної систем. Роль медичної сестри в пропагуванні серед населення необхідності дотримання лікувального

харчування при порушеннях функціонування органів і систем організму людини.

Практичне заняття 3.

Тема. Організація навчання сімейною медичною сестрою при оцінці функціонального стану терморегуляції пацієнта.

Проведення медсестринського обстеження з метою первинної оцінки задоволення потреби в підтримці нормальної температури тіла. Виявлення обізнаності про механізм терморегуляції та термометрію. Визначення проблем, пов'язаних із підвищенням температури тіла, дефіцитом самодогляду і постановка медсестринського діагнозу. Медсестринське спостереження та планування медсестринських втручань, пов'язаних з інформуванням, навчанням та доглядом за пацієнтом. Проведення санітарно-освітніх бесід по регуляцію теплообміну людини. Навчання правилам зберігання і використання термометра. Навчання правилам вимірювання температури тіла. Навчання родичів пацієнта особливостям спостереження і догляду за пацієнтом в різні періоди лихоманки з метою попередження ускладнень. Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до отримання інформації чи навчання;
- планування змісту, форми та місця навчання пацієнта чи членів його родини;
- навчання пацієнта правилам вимірювання температури тіла;
- психологічна підготовка пацієнта до здійснення терморегуляторних заходів з метою попередження ускладнень;
- навчання родичів пацієнта особливостям спостереження і догляду за пацієнтом в різні періоди лихоманки з метою попередження ускладнень;
- документування етапів медсестринського процесу в сестринській історії хвороби пацієнта при проведенні інформування та навчання пацієнта відновленню терморегуляції.

Самостійна робота 5.

Тема. Формування значущості в одужанні пацієнта через дбайливий і повноцінний догляд за ним членів сім'ї в різні періоди лихоманки.

Роль родичів у запобіганні зневоднення, полегшення стану дискомфорту та поступовому відновленню незалежності пацієнта та нормалізації температури тіла пацієнта. Корекція способу життя пацієнта родиною. Участь сім'ї у забезпеченні пацієнта адекватним харчуванням та відповідним одягом для підтримання нормальної температури тіла.

Практичне заняття 4.

Тема. Принципи інформування й навчання пацієнта і його родини при спостереженні за дихальною та серцево-судинною системами.

Медсестринське спостереженням та оцінка загального стану пацієнта на здатність передавати і отримувати інформацію. Огляд пацієнта медичною сестрою загальної практики сімейної медицини; проведення медсестринського обстеження і збір інформації про роботу дихальної та серцево-судинної систем пацієнта з метою виявлення проблем. Постановка медсестринського діагнозу та планування медсестринських втручань по інформуванню та навчанню пацієнта. Погодження плану навчання і догляду з хворим та його реалізація.

Проведення санітарно-освітніх бесід по нормуванню навантажень рухової активності пацієнта з вадами дихальної та серцево-судинної системи пацієнта; профілактики туберкульозу.

Переконання пацієнта та отримання згоди на проведення навчання і медсестринських втручань при задишці, кашлі, болях в грудній клітці, виділенні мокротиння, кровохарканні, підвищенні температури тіла, остуді, пітливості, серцебитті, набряках.

Навчання пацієнта та його родини «техніці кашлю», взяттю матеріалу (харкотиння) для лабораторних досліджень, правилам вимірювання артеріального тиску, підрахунку пульсу і числа дихальних рухів.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до отримання інформації чи навчання;
- планування змісту, форми та місця навчання пацієнта чи членів його родини;
- навчання пацієнта «техніці кашлю»;
- навчання родичів пацієнта правилам підрахунку числа дихальних рухів;
- навчання пацієнта та його родичів правилам вимірювання артеріального тиску;
- навчання пацієнта та його родичів правилам підрахунку пульсу;
- навчання пацієнта та його родичів правилам користування кишеньковим інгалятором;
- навчання пацієнта взяттю матеріалу (харкотиння) для лабораторних досліджень;
- проведення санітарно-освітніх бесід по нормуванню навантажень рухової активності пацієнта з вадами дихальної та серцево-судинної системи пацієнта; профілактики туберкульозу;

- погодження плану догляду та навчання з хворим та його реалізація;
- психологічна підготовка пацієнта перед здійсненням медсестринських втручань по догляду за пацієнтом із захворюваннями дихальної та серцево-судинної системи;
- документування етапів медсестринського процесу.

Самостійна робота 6.

Тема. Особливості деонтологічної поведінки родини з пацієнтом, що має проблеми через захворювання органів дихання та серцево-судинної системи.

Мікроклімат сім'ї як чинник впливу на роботу органів дихання та серцево-судинної системи. Роль членів родини для психологічної підтримки пацієнтів із захворюваннями органів дихання та серцево-судинної системи. Шкідливі звички як фактор негативного впливу на функціонування дихальної та серцево-судинної систем.

Практичне заняття 5.

Тема. Змістова характеристика навчання при спостереженні за шлунково-кишковим трактом пацієнта.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння залежності розладів шлунково-кишковим тракту від власної культури харчування, психологічної стійкості, способу життя та діяльності.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням проблем інформованості про нормальне функціонування шлунково-кишкового тракту та задоволення потреби у фізіологічних відправленнях. Збір інформації про роботу шлунково-кишкового тракту пацієнта та його готовність до сприймання інформації з цього питання. Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із травленням та готовність пацієнта до їх обговорення. Постановка медсестринського діагнозу і планування медсестринських втручань: психологічна підготовка пацієнта перед промиванням шлунка постановкою очисної, сифонної, лікувальної, живильної, послаблюючих клізм постановкою газовідвідної клізми. Погодження плану навчання і догляду з хворим та його реалізація.

Переконавання пацієнта та отримання згоди на проведення медсестринських втручань при поганому апетиті, спразі, болях в черевній порожнині, порушеннях жування та ковтання, блюванні, метеоризмі, печії, відрижці, нерегулярних фізіологічних відправленнях.

Навчання пацієнта штучному (беззондовому) промиванню шлунка. Формування у пацієнта розуміння значущості регулярних щоденних випорожнень та попередження факторів, що впливають на цей процес. Навчання пацієнта застосуванню ректальних свічок при стійких закрепках.

Проведення санітарно-освітніх бесід про вплив рухової активності та раціонального харчування на процеси травлення в організмі пацієнта.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до отримання інформації чи навчання;
- планування змісту, форми та місця навчання пацієнта чи членів його родини;
- погодження плану навчання і догляду з пацієнтом та його реалізація;
- психологічна підготовка пацієнта перед промиванням шлунка; постановкою очисної, сифонної, лікувальної, живильної, послаблюючих клізм; постановкою газовідвідної клізми;
- навчання пацієнта штучному (беззондовому) промиванню шлунка та застосування ректальних свічок;
- формування у пацієнта розуміння значущості регулярних щоденних випорожнень та попередження факторів, що впливають на цей процес;
- навчання родичів пацієнта застосуванню калоприймача та користуванню памперсами, постановці мікроклізм та застосуванню ректальних свічок;
- проведення санітарно-освітніх бесід по нормуванню фізичних навантажень і рухової активності; залежності частоти і характеру випорожнень від харчування пацієнта; необхідності дотримання принципів дієтотерапії при патології органів травлення і печінки.
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 7.

Тема. Психологічні основи деонтологічної поведінки родини пацієнта, що має проблеми через захворювання органів травлення.

Допомогти пацієнту подолати психологічний бар'єр сором'язливості при порушенні роботи шлунково-кишкового тракту. Вплив особистісних якостей членів родини на створення атмосфери довіри та відкритості пацієнта у співпраці для відновлення нормального функціонування органів травлення.

Практичне заняття 6.

Тема. Організаційна технологія навчання при спостереженні за сечовидільною системою пацієнта.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності обговорення проблем із розладами сечовидільної системи.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням проблем нормального функціонування сечовидільної системи та задоволення потреби у фізіологічних відправленнях. Визначення існуючих та

прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із сечовиділенням та здатністю пацієнта до самодогляду.

Збір інформації про обізнаність пацієнта шляхів подолання проблем сечовидільної системи і постановка медсестринського діагнозу.

Планування медсестринських втручань і погодження його з пацієнтом і його родиною: психологічна підготовка пацієнта перед використанням судна чи сечоприймача, підмиванням пацієнта, промиванням сечового міхура, постановкою катетера.

Переконання пацієнта та отримання згоди на проведення медсестринських втручань при порушенні сечовипускання, болях в ділянці нирок, болях в ділянці сечового міхура та навчання пацієнта самодогляду при цих станах.

Навчання родичів пацієнта подачі судна, сечоприймача, користуванню памперсами. Формування у пацієнта розуміння значущості регулярного сечовипускання та попередження факторів, що впливають на цей процес.

Проведення санітарно-освітніх бесід про вплив рухової активності, фізичних навантажень, фактору переохолодження, дотримання особистої гігієни та раціонального харчування на процеси сечовиділення у пацієнта.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення обізнаності про діяльність сечовидільної системи;
- медсестринська оцінка стану пацієнта, спроможність самодогляду та готовність до отримання інформації чи навчання;
- планування змісту, форми та місця навчання пацієнта чи членів його родини;
- погодження плану навчання і догляду з хворим та його родиною;
- психологічна підготовка пацієнта перед підмиванням; постановкою катетера; промиванням сечового міхура;
- навчання родичів пацієнта подачі судна; застосуванню сечоприймача та користуванню памперсами;
- формування у пацієнта розуміння значущості регулярного сечовипускання та попередження факторів, що впливають на цей процес;
- проведення санітарно-освітніх бесід по нормуванню фізичних навантажень і рухової активності; вплив фактору переохолодження на частоту і характер сечовипускання; необхідності дотримання принципів дієтотерапії при патології органів сечовиділення.
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 8.

Тема. Вплив деонтологічної поведінки родини на пацієнта, що має проблеми через захворювання сечовидільної системи.

Допомогти пацієнту подолати психологічний бар'єр сором'язливості при порушенні роботи сечовидільної системи. Вплив особистісних якостей членів родини на формування довіри та відкритості пацієнта у співпраці для відновлення нормального функціонування органів сечовиділення. Формування родинною розуміння пацієнтом залежності проблем із сечовидільною системою в тому числі і через недотримання правил особистої гігієни. Залучення родини до взаємодогляду за пацієнтом.

Практичне заняття 7.

Тема. Сучасні підходи навчання при спостереженні за тяжкохворим та агонуючим пацієнтом.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності обговорення проблем тяжкохворого та агонуючого пацієнта з його родинною.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності родини в елементах догляду за тяжкохворим та агонуючим пацієнтом. Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із станом пацієнта: побоювання, тривога, нудьга, страх смерті, страх втрати, безнадійність, безсилля, розпач, печаль, передчасна та патологічна скорбота родичів тяжкохворого та агонуючого пацієнта. Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз.

Планування навчально-інформувальних медсестринських втручань: психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів, що медична сестра є підтримкою і опорою для пацієнта і не залишить його на одинці з його проблемами; проводити бесіди з пацієнтом для мобілізації його сил на співпрацю з медичною сестрою за для його одужання та покращення стану здоров'я.

Підбір матеріалу, вибір місця, часу та форми навчання та інформування пацієнта та його родичів.

Переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на проведення медсестринських втручань для підтримання фізичного і психологічного балансу тяжкохворого пацієнта.

Навчання родичів пацієнта психологічної стійкості, психічній саморегуляції, адекватного сприйняття стану пацієнта.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення психологічних проблем тяжкохворого та агонуючого пацієнта і його родини;

- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації чи навчання;
- підбір матеріалу, вибір місця, часу та форми навчання та інформування пацієнта та його родичів;
- погодження плану догляду з хворим;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів, що медична сестра є підтримкою і опорою для пацієнта і не залишить його на одинці з його проблемами; проводити бесіди з пацієнтом для мобілізації його сил на співпрацю з медичною сестрою за для його одужання та покращення стану здоров'я;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на проведення медсестринських втручань для підтримання фізичного і психологічного балансу тяжкохворого пацієнта;
- навчання родичів пацієнта психологічної стійкості, психічній саморегуляції, адекватного сприйняття стану пацієнта.
- навчання родичів пацієнта подачі судна; застосуванню сечоприймача та користуванню памперсами;
- формування у пацієнта розуміння значущості його віри в одужання та активної співпраці з медичною сестрою для покращення стану здоров'я;
- проведення санітарно-освітніх бесід по активному довголіттю;
- формування у родичів пацієнта психологічної стійкості, адекватного сприйняття стану пацієнта та стимулювати до співпраці з пацієнтом та медичними працівниками;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 9.

Тема. Пріоритетні аспекти деонтологічної поведінки медичної сестри з тяжкохворими та родинами агонуючих пацієнтів.

Прояв медичною сестрою по відношенню до тяжкохворого пацієнта та його родичів емпатії, бажання піклуватись, щирості, співчуття, переживання, милосердя, відчуття присутності, вміння слухати, психологічної стійкості.

Змістовий модуль 3. Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

Лекція 4.

Тема. Змістова характеристика навчання пацієнта і його родини медичною сестрою при виконанні маніпуляційних втручань.

Педагогічні аспекти в практичній діяльності медичної сестри загальної практики сімейної медицини, пов'язані з виконанням маніпуляційної техніки та медсестринських втручань найпростішої фізіотерапії, застосуванні лікарських засобів, підготовці до лабораторних, інструментальних, апаратних досліджень, зондових маніпуляцій.

Проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення обізнаності пацієнта в підготовці його до маніпуляційних втручань і спроможності засвоєння інформації.

Планування медсестринських втручанню, в тому числі і навчання пацієнта елементам само- та взаємодогляду при підготовці пацієнта до маніпуляційних втручань з метою відновлення рівноваги між можливостями і потребами в самододгляді. Психологічна підготовка пацієнта і його родини при застосуванні маніпуляційної техніки.

Підбір матеріалу, вибір місця, часу та форми навчання та інформування пацієнта та його родичів.

Причини дефіциту самододгляду (за Д.Орем): відсутність знань; невміння виконувати окремі дії з самододгляду; нерозуміння важливості самододгляду.

Отримання згоди на проведення втручань та навчання.

Формування у пацієнта та його родичів розуміння залежності правильної підготовки до досліджень з метою отримання достовірних результатів від їх відповідального ставлення.

Переконання пацієнта в необхідності проведення медсестринських маніпуляційних втручань чи навчання.

Психологічна підготовка пацієнта перед проведенням втручань та навчання.

Застосування у навчанні ілюстративних матеріалів, технічного оснащення та мультимедійних засобів.

Залучення до одужання пацієнта членів його родини з метою забезпечення структурної, особистої та соціальної цілісності. Навчання сім'ї елементам догляду за пацієнтом.

Практичне заняття 8.

Тема. Аспекти навчання пацієнта і його родини методам найпростішої фізіотерапії.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності родини у застосуванні методів найпростішої фізіотерапії та гірудотерапії пацієнтам.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності застосування методів найпростішої фізіотерапії та гірудотерапії (лікування п'явками).

Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із станом пацієнта з метою їх попередження та усунення: необізнаність; побоювання; тривога; страх; нерозуміння механізмів дії фізіотерапевтичних процедур на організм пацієнта та впливу на процеси одужання; незгода з визначеним часом і місцем проведення процедур; відмова від призначених фізіотерапевтичних процедур.

Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз та залежність від використання найпростішої фізіотерапії й гірудотерапії.

Планування медсестринських втручань: психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності виконання медичною сестрою призначених лікарем фізіотерапевтичних процедур та гірудотерапії.

Проведення бесід з пацієнтом з метою ознайомлення його з механізмом дії фізіотерапевтичних процедур на організм людини, їх безпечності, корисності та необхідності виконання для швидкого одужання.

Переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на проведення медсестринських втручань для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання.

Формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань по застосуванню методів найпростішої фізіотерапії.

Навчання родичів пацієнта накладанню гірчичників, постановці банок, накладанню зігрівального і охолоджувального компресу, застосування грілки, міхура з льодом, ручних і ніжних ванн, припарок в домашній умовах.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення психологічних проблем пацієнта і його родини щодо найпростіших фізіотерапевтичних процедур;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації чи навчання;
- планування змісту, форми та місця інформування навчання пацієнта чи членів його родини по найпростішій фізіотерапії та гірудотерапії;
- погодження плану навчання і догляду з хворим і членами його родини;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності виконання медичною сестрою призначених лікарем фізіотерапевтичних процедур та гірудотерапії;
- проведення бесід з пацієнтом з метою ознайомлення його з механізмом дії фізіотерапевтичних процедур на організм людини, їх безпечності, корисності та необхідності виконання для швидкого одужання;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на проведення медсестринських втручань для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання.

- формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань по застосуванню методів найпростішої фізіотерапії.
- навчання родичів пацієнта накладанню гірчичників, постановці банок, накладанню зігрівального і охолоджувального компресу, застосування грілки, міхура з льодом, ручних і ніжних ванн, припарок в домашній умовах.
- оцінка результатів санітарно-освітнього інформування і навчання пацієнта та його родини методам найпростішої фізіотерапії та гірудотерапії;
- формування у родичів пацієнта психологічної стійкості, адекватного сприйняття стану пацієнта та стимулювати до співпраці з пацієнтом та медичними працівниками;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичне заняття 9.

Тема. Принципи інформування й навчання пацієнта при виконанні медикаментозних призначень лікаря.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності пацієнта та його родини у застосуванні лікарських засобів.

Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів з метою їх попередження і усунення: необізнаність у шляхах застосування лікарських засобів; побоювання; тривога; сумніви у професійності медичної сестри; недовіра медичній сестрі; страх виникнення ускладнень; нерозуміння фармакологічної дії та впливу на організм пацієнта і на процеси одужання; незгода з визначеним часом і місцем проведення процедур; відмова від призначених медикаментозних засобів.

Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз, залежно від застосування медикаментозної терапії.

Планування медсестринських втручань: формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнта та його родини розуміння необхідності застосування призначених лікарем лікарських медикаментозних засобів; психологічна підтримка пацієнта та його родичів під час застосування медикаментозної терапії; формувати розуміння у пацієнта та його родичів значущості позитивного впливу на процеси відновлення організму призначених лікарем медикаментозних засобів.

Проводити бесіди з пацієнтом з метою ознайомлення його з механізмом дії лікарських препаратів на організм людини, їх безпечності, корисності та необхідності застосування для швидкого одужання.

Переконавання пацієнта і його родичів та отримання згоди на застосування лікарських засобів для підтримання фізичного і психологічного балансу

пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану здоров'я та швидкого одужання.

Формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань під час та після застосування лікарських засобів.

Навчання пацієнта і його родичів вживанню ентеральних лікарських засобів (таблеток, порошків, гранул, настоянок, мікстур, крапель, драже, капсул, введення свічок у пряму кишку, вагінально, застосування інгаляцій); зовнішніх лікарських засобів (накладання пластиру, використання присипок, закапування крапель в ніс, очі, вуха, закладання мазі за повіку, застосування бовтанки, мазі, пасти, розтирання шкіри, втирання ліків в шкіру) в домашній умовах.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення психологічних проблем пацієнта і його родини щодо застосування лікарських засобів пацієнтам;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації чи навчання застосуванню лікарських засобів пацієнтам;
- планування змісту, форми та місця інформування навчання пацієнта чи членів його родини по застосуванню медикаментозної терапії;
- підбір інформативного матеріалу, вибір часу, місця і засобів навчання;
- погодження плану навчання і догляду з хворим і його родиною;
- формування у родичів пацієнта психологічної стійкості, адекватного сприйняття стану пацієнта та стимулювати до співпраці з пацієнтом та медичними працівниками;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формування розуміння у пацієнта та його родичів необхідності застосування призначених лікарем медикаментозних засобів;
- проведення бесід з пацієнтом з метою ознайомлення його з механізмом дії лікарських препаратів на організм людини, їх безпечності, корисності та необхідності застосування для швидкого одужання;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на застосування лікарських засобів для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання;
- формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань по навчанню правилам застосування лікарських засобів і дотримання вимог до їх зберігання;

- навчання пацієнта і його родичів вживанню ентерально лікарських засобів (таблеток, порошків, гранул, настоянок, мікстур, крапель, драже, капсул, введення свічок у пряму кишку і вагінально, застосування інгаляцій); зовнішніх лікарських засобів (накладання пластиру, використання присипок, закапування крапель в ніс, очі, вуха, закладання мазі за повіко, застосування бовтанки, мазі, пасти, розтирання шкіри, втирання ліків в шкіру) в домашній умовах;
- оцінка результатів санітарно-освітнього інформування і навчання пацієнта та його родини застосуванню лікарських засобів;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 10.

Тема. Роль медичної сестри сімейної медицини у формуванні ставлення пацієнта до медикаментозної терапії.

Важливість навчання пацієнта медсестрою правилам зберігання і вживання лікарських засобів та вплив проінформованості на результати лікування. Усвідомлення медичною сестрою власної відповідальності за результати навчання пацієнта. Залежність виконання маніпуляцій медсестрою від інтересу до професії. Вплив зовнішнього виду медичної сестри, її вміння психологічно підготувати пацієнта, ставлення до оточуючих, набір особистісних якостей та їх прояв по відношенню до пацієнтів, розвиток комунікативних здібностей на формування ставлення пацієнта до медикаментозного лікування. Розуміння медсестрою загальної практики сімейної медицини необхідності відповідати психограмі та кваліфікаційним вимогам, що сприятиме успішному переконанню пацієнта в необхідності виконання призначень лікаря за для швидкого одужання.

Практичне заняття 10.

Тема. Зміст інформування і навчання підготовці пацієнта до лабораторного дослідження.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності пацієнта та родини у проведенні підготовки до лабораторних досліджень та розуміння значущості правильної підготовки в достовірності, своєчасного та об'єктивності отримання результатів.

Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із лабораторними дослідженнями з метою планування інформування і навчання пацієнта із усуненню та попередженню: сором'язливість, незнання способу підготовки до лабораторних досліджень; побоювання та страх почути вердикт про хворобу; тривога в очікуванні результатів дослідження; сумніви у достовірності результатів; недовіра медичній сестрі та лаборанту; незгода з визначеним днем та часом та місцем проведення дослідження; відмова від призначених лабораторних досліджень.

Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз, залежно від своєчасного лабораторних досліджень.

Планування медсестринських втручань: психологічна підтримка пацієнта та його родичів під час підготовки та проведення лабораторних досліджень пацієнта; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності підготовки до проведення призначеного лікарем лабораторних досліджень. Погодження плану навчання і догляду з хворим та його родичами.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності лабораторних досліджень як запоруки постановки об'єктивного лікарського діагнозу, своєчасного призначення медикаментозного лікування та догляду за для швидкого одужання хворого пацієнта.

Проведення бесід з пацієнтом з метою ознайомлення його з методиками підготовки до досліджень, безпечності, корисності та необхідності отримання достовірних результатів лабораторних досліджень.

Переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на підготовку до лабораторних досліджень, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану здоров'я та швидкого одужання.

Формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань під час та після лабораторних досліджень.

Навчання пацієнта і його родичів підготовки в домашній умовах до лабораторних досліджень (мазка із зів'язи і носа, мокротиння, крові, сечі, калу).

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення психологічних проблем пацієнта і його родини проведення призначених лікарем лабораторних досліджень;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації чи навчання до підготовки проведення призначених лікарем лабораторних досліджень;
- планування змісту, форми та місця інформування навчання пацієнта чи членів його родини по підготовки проведення призначених лікарем лабораторних досліджень;
- погодження плану навчання і догляду з хворим та його родичами;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності підготовки пацієнта медичною сестрою до призначених лікарем лабораторних досліджень;

- проведення бесід з пацієнтом з метою ознайомлення його з безпечністю підготовки та взяття матеріалу на дослідження та відсутності в зв'язку з цим негативного впливу на організм людини та сприяння швидкому одужанню;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на підготовку до лабораторних досліджень з метою якісної діагностики та отримання достовірних результатів для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання;
- формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань по підготовці та проведенні лабораторних досліджень;
- навчання пацієнта і його родичів підготовки до лабораторних досліджень в домашній умові (мазка із зів'язки і носа, мокротиння, крові, сечі, калу);
- оцінка результатів санітарно-освітнього інформування і навчання пацієнта по підготовці та проведенню лабораторних досліджень;
- формування у родичів пацієнта психологічної стійкості, адекватного сприйняття стану пацієнта та стимулювати до співпраці з пацієнтом та медичними працівниками;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 11.

Тема. Важливість особистісних якостей медичної сестри у сприйманні пацієнтом навчання по підготовці до лабораторних досліджень.

Залежність проведення підготовки пацієнта до лабораторних досліджень медичною сестрою від інтересу до професії. Вплив зовнішнього виду медичної сестри, її вміння психологічно підготувати пацієнта, ставлення до оточуючих, набір особистісних якостей та їх прояв по відношенню до пацієнтів, розвиток комунікативних здібностей на формування ставлення пацієнта до лабораторних досліджень. Розуміння медичною сестрою загальної практики сімейної медицини необхідності відповідати психограмі та кваліфікаційним вимогам за для згоди пацієнта на навчання і успішної підготовки до лабораторних досліджень.

Практичне заняття 11.

Тема. Інформування й навчання пацієнта по підготовці до призначеного інструментального дослідження.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності інструментальних досліджень як запоруки постановки об'єктивного лікарського діагнозу, своєчасного призначення медикаментозного лікування та догляду за для швидкого одужання хворого пацієнта.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності пацієнта та родини у проведенні підготовки до інструментальних досліджень та розуміння значущості правильної підготовки в достовірності, своєчасного та об'єктивності отримання результатів.

Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із інструментальними дослідженнями: сором'язливість, незнання способу підготовки до інструментальних досліджень; побоювання та страх почути вердикт про хворобу; тривога в очікуванні результатів дослідження; сумніви у достовірності результатів; недовіра медичній сестрі та лікарю; незгода з визначеним днем та часом проведення дослідження; відмова від призначених інструментальних досліджень.

Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз, залежно від своєчасного інструментального дослідження.

Планування медсестринських втручань: психологічна підтримка пацієнта та його родичів під час підготовки та проведення інструментального дослідження пацієнта; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності підготовки до проведення призначеного лікарем інструментального дослідження.

Проводити бесіди з пацієнтом з метою ознайомлення його з методикою підготовки до дослідження, безпечності, корисності та необхідності отримання достовірних результатів інструментального дослідження.

Переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на підготовку і проведення інструментального дослідження, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану здоров'я та швидкого одужання.

Формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань з інструментального дослідження.

Навчання пацієнта і його родичів підготовки в домашній умовах до інструментального дослідження (рентгенологічного, ендоскопічного, зондових процедур).

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- проведення медсестринського обстеження пацієнта з метою виявлення психологічних проблем пацієнта і його родини проведення призначеного лікарем інструментального дослідження;
- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації чи навчання проведення підготовки призначеного лікарем інструментального дослідження;
- планування змісту, форми та місця інформування навчання пацієнта чи членів його родини по підготовки проведення призначеного лікарем інструментального дослідження;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності підготовки пацієнта медичною сестрою до призначеного лікарем інструментального дослідження;
- проводити бесіди з пацієнтом з метою ознайомлення його з механізмом безпечної дії на організм людини діагностичної апаратури та необхідності дослідження для швидкого одужання;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на підготовку до інструментального дослідження з метою якісної діагностики та отримання достовірних результатів для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання;
- формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття медсестринських втручань по підготовці та проведенні інструментального дослідження;
- навчання пацієнта і його родичів підготовки пацієнта в домашній умовах до інструментального дослідження (рентгенологічного, ендоскопічного, зондових процедур) в домашній умовах;
- оцінка результатів санітарно-освітнього інформування і навчання пацієнта та його родини підготовки до інструментального дослідження;
- погодження плану догляду та навчання з хворим;
- формування у родичів пацієнта психологічної стійкості, адекватного сприйняття стану пацієнта та стимулювати до співпраці з пацієнтом та медичними працівниками;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 12.

Тема. Формування у пацієнта усвідомлення в необхідності підготовки до інструментальних досліджень.

Залежність проведення підготовки пацієнта до інструментального дослідження від інтересу медичної сестри до своєї професії. Вплив зовнішнього виду медичної сестри, її вміння психологічно підготувати пацієнта, ставлення до оточуючих, набір особистісних якостей та їх прояв по

відношенню до пацієнтів, розвиток комунікативних здібностей на формування ставлення пацієнта до інструментального дослідження. Розуміння медичною сестрою загальної практики сімейної медицини необхідності відповідати психограмі та кваліфікаційним вимогам за для успішного проведення підготовки до інструментального дослідження пацієнта.

Змістовий модуль 4 Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології.

Лекція 5.

Тема. Педагогічні принципи навчання пацієнта і його родини медичною сестрою в санології.

Основа стратегії первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – досягнення здоров'я для всіх. Формування здоров'я способом життя і станом навколишнього середовища. Вплив медичної сестри загальної практики сімейної медицини на спосіб життя індивіду.

Процес відновлення здоров'я: рекреація (відпочинок) і медико-соціальна реабілітація (відновне лікування). Відновлення соціального статусу хворих і інвалідів. Відповідність рівнів особистості аспектам здоров'я: фізичний (соматичний), психічний і соціальний.

Здоровий спосіб життя – основа первинної профілактики захворювань. Профілактика захворювань: формування здорового способу життя і диспансеризація. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особисті фактори, що сприяють появі шкідливих звичок.

Допомога сім'ям територіальної дільниці обрати здоровий спосіб життя.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив фізичних навантажень на органи і системи організму та ефективність рухової активності у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив раціонального харчування на органи і системи організму та ефективність повноцінного харчування у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив загартовування на органи і системи організму та ефективність застосування природних чинників у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив психічної саморегуляції на органи і системи організму та ефективність застосування методів самовиховання у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив активного довголіття на органи і системи організму та ефективність заходів сповільнення темпу старіння у зміцненні здоров'я і подовженні тривалості життя.

Практичне заняття 12.

Тема. Зміст і методи навчання пацієнта і його родини в санології.

Основа стратегії первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) – досягнення здоров'я для всіх. Формування здоров'я способом життя і станом навколишнього середовища. Вплив медичної сестри загальної практики сімейної медицини на спосіб життя індивіду.

Процес відновлення здоров'я: рекреація (відпочинок) і медико-соціальна реабілітація (відновне лікування). Відновлення соціального статусу хворих і інвалідів. Відповідність рівнів особистості аспектам здоров'я: фізичний (соматичний), психічний і соціальний.

Здоровий спосіб життя – основа первинної профілактики захворювань. Профілактика захворювань: формування здорового способу життя і диспансеризація. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особисті фактори, що сприяють появі шкідливих звичок.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив фізичних навантажень на органи і системи організму та ефективність рухової активності у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив раціонального харчування на органи і системи організму та ефективність повноцінного харчування у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив загартовування на органи і системи організму та ефективність застосування природних чинників у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив психічної саморегуляції на органи і системи організму та ефективність застосування методів самовиховання у зміцненні здоров'я.

Санітарно-освітня робота сімейної медичної сестри серед населення про позитивний вплив активного довголіття на органи і системи організму та ефективність заходів сповільнення темпу старіння у зміцненні здоров'я і подовженні тривалості життя.

Формування медичною сестрою загальної практики сімейної медицини у пацієнтів розуміння необхідності інструментальних досліджень як запоруки постановки об'єктивного лікарського діагнозу, своєчасного призначення медикаментозного лікування та догляду за для швидкого одужання хворого пацієнта.

Проведення медсестринського обстеження, пов'язаного із виявленням обізнаності пацієнта та родини у проведенні підготовки до інструментальних досліджень та розуміння значущості правильної підготовки в достовірності, своєчасного та об'єктивності отримання результатів.

Визначення існуючих та прогнозування потенційних проблем, пов'язаних із інструментальними дослідженнями: сором'язливість, незнання способу підготовки до інструментальних досліджень; побоювання та страх почути вердикт про хворобу; тривога в очікуванні результатів дослідження; сумніви у

достовірності результатів; недовіра медичній сестрі та лікарю; незгода з визначеним днем та часом проведення дослідження; відмова від призначених інструментальних досліджень.

Вияснення обізнаності пацієнта про свій стан, відношення до хвороби, ступінь працездатності та можливий прогноз, залежно від своєчасного інструментального дослідження.

Планування медсестринських втручань: психологічна підтримка пацієнта та його родичів під час підготовки та проведення інструментального дослідження пацієнта; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності підготовки до проведення призначеного лікарем інструментального дослідження.

Переконавання пацієнта і його родичів та отримання згоди на інформування про здоровий спосіб життя, важливості співпраці з медичною сестрою за для покращення стану здоров'я та швидкого одужання.

Формування у пацієнта та його родичів власної відповідальності, адекватного сприйняття залежності свого здоров'я від самого себе..

Навчання пацієнта і його родичів основ здорового способу життя, участь у пропагуванні медичних та санітарно-гігієнічних знань серед населення. Ознайомлена з санітарно-гігієнічними вимогами, що ставляться до дитячих закладів і місць перебування дітей. Використання сімейною медичною сестрою принципів проведення санітарно-освітньої роботи з дітьми та батьками.

Організація разом з лікарем громади, залучення її до проведення оздоровчих заходів на дільниці. Організація територіальних засобів масової інформації для пропаганди різних аспектів здорового способу життя. Проведення санітарно-освітніх заходів на території обслуговування. Організація через засоби масової інформації пропаганди здорового способу життя.

Участь медичної сестри у роботі науково-практичних конференцій з питань організації надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики - сімейної медицини.

Оцінка результатів інформування і навчання пацієнта. Документування результатів діяльності в медсестринську історію хвороби та протоколи проведення первинного і поточного оцінювання навчання пацієнта.

Практичні навички:

- медсестринська оцінка стану пацієнта та його готовність до сприйняття інформації про санологію;
- планування змісту, форми та місця інформування навчання пацієнта чи членів його родини основам здорового способу життя;
- психологічна підтримка пацієнта та його родичів; формувати розуміння у пацієнта та його родичів необхідності дотримання принципів санології;

- проводити бесіди з пацієнтом з метою ознайомлення його з методами фізичної, професійної та соціальної реабілітації для швидкого одужання;
- переконання пацієнта і його родичів та отримання згоди на отримання інформації про основи санології для підтримання фізичного і психологічного балансу пацієнта, важливості співпрацю з медичною сестрою за для покращення стану його здоров'я та швидкого одужання;
- формування у пацієнта та його родичів психологічної стійкості, адекватного сприйняття власної відповідальності за своє здоров'я;
- використання сімейною медичною сестрою принципів проведення санітарно-освітньої роботи з дітьми та батьками;
- оцінка результатів санітарно-освітнього інформування і навчання пацієнта та його родини здорового способу життя;
- погодження плану навчання та інформування з хворим;
- організація через засоби масової інформації пропаганди здорового способу життя;
- документування медсестринського інформування та навчання пацієнта в медсестринській історії хвороби та протоколах первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта.

Самостійна робота 13.

Тема. Завдання медичної сестри сімейної медицини у пропагуванні здорового способу життя серед пацієнтів.

Спосіб життя медичної сестри загальної практики сімейної медицини – приклад до наслідування, зразок пропагування здорового способу життя. Вплив медичної сестри, її вміння психологічно переконати пацієнта в необхідності ведення здорового способу життя. Розуміння медичною сестрою загальної практики сімейної медицини відповідальності за інформованість за для здоров'я населення.

Питання для підсумкового модульного контролю:

1. Професійне самовизначення і творча самореалізація медичної сестри загальної практики сімейної медицини.
2. Роль професійної мотивації медичної сестри загальної практики сімейної медицини в успішності професійного навчання і трудової діяльності.
3. Методики вивчення професійних інтересів сімейної медичної сестри і ставлення до професії.
4. Форми та засоби підвищення рівня педагогічної майстерності медичної сестри загальної практики сімейної медицини.
5. Зв'язок ефективності педагогічної діяльності і пізнання медичною сестрою-педагогом особистості пацієнта.
6. Поняття професійного і педагогічного спілкування в сімейній медицині.
7. Соціальні функції спілкування (керування і контролю) в організації навчання пацієнтів медичною сестрою.
8. Умови ефективності вербального спілкування.

Список використаної літератури

9. Особливості спілкування медичної сестри з хворими.
10. Роль емпатії в педагогічному спілкуванні і пізнанні медичною сестрою особистості пацієнта.
11. Одяг і його значення для ефективності спілкування.
12. Роль особистісного простору в спілкуванні.
13. Особливості педагогічного спілкування медичних сестер-педагогів різного рівня професіоналізму.
14. Особливості прихильності людей одне до одного: рефлексія, стереотипізація, ідентифікація.
15. Роль медичної сестри у формуванні соціально-психологічного клімату в родині.
16. Етапи в оволодінні культурою мовлення.
17. Конструктивні й неконструктивні конфлікти та роль медичної сестри у їх попередженні. Способи реагування в конфлікті. Способи уникнення та подолання конфліктів.
18. Етапи медсестринського процесу: медсестринське обстеження пацієнта та визначення стану його здоров'я; медсестринська діагностика; планування медсестринських втручань; впровадження плану в дію; оцінка ефективності медсестринського процесу та корекція догляду і навчання пацієнта медичною сестрою загальної практики сімейної медицини.
19. Вплив процесу самопізнання на виховання людини.
20. Критерії і умови результативності і ефективності процесу навчання пацієнтів.
21. Параметри визначення рівня засвоєння і якості знань.
22. Суть догматичного, розвиваючого, пояснювально-розвиваючого, проблемного, програмованого і модульного навчання.
23. Управлінська модель навчання.
24. Суть моделі педагогічної діяльності, що позначена гностичним, проектувальним, конструктивним, організаторським і комунікативним компонентами.
25. Місце творчості в структурі професіоналізму педагогічної діяльності сімейної медичної сестри.
26. Залежність розвитку позитивної «Я-концепції» від педагогічного спілкування медичної сестри з пацієнтом.
27. «Ефект Пігмаліона» в медсестринській педагогіці.
28. Структура ефективного і неефективного педагогічного заохочення в навчанні пацієнтів та їх родин медичною сестрою ЗПСМ.
29. Типи сімейних відносин та їх вплив на стан здоров'я членів родини.
30. Структурна і психологічна деформація сім'ї та її вплив на розвиток особистості її членів та формування здоров'я кожного з них.
31. Форми організації педагогічної взаємодії медичної сестри-педагога і пацієнта. Індивідуальний підхід до пацієнта.

32. Роль медичної сестри-педагога в процесі самовиховання пацієнта.
33. Співвідношення понять освіченості та вихованості.
34. Аналіз поетапних складників бесіди з пацієнтом при навчанні його елементам самодогляду та самостійному виконанні засвоєних процедур.
35. Психологічні основи оцінювання результатів розвиваючого навчання.
36. Стандарти навчання пацієнтів та їх родин медичною сестрою при прийманні пацієнтів.
37. Стандарти навчання правилам особистої гігієни пацієнтів, особливостям харчування та годування хворих пацієнтів.
38. Стандарти навчання при оцінці функціонального стану та термометрії пацієнтів.
39. Стандарти навчання при спостереженні за дихальною та серцево-судинною травною, сечовидільною системами пацієнтів.
40. Стандарти навчання при спостереженні за тяжкохворими та агонуючими пацієнтів.
41. Стандарти навчання пацієнтів найпростішої фізіотерапії.
42. Стандарти навчання пацієнтів при виконанні медикаментозних призначень лікаря.
43. Стандарти навчання при лабораторному та інструментальному обстеженні пацієнтів.
44. Стандарти навчання пацієнтів в санології.
45. Роль інтегративних підходів у процесі навчання пацієнтів.
46. Методики переведення пацієнтів із зони актуального розвитку до найближчого розвитку з метою підвищення рівня їх самостійності (за Л.С.Виготським). проводити санітарно-освітню роботу.
47. Пропагувати медичні і санітарно-гігієнічні знання серед населення дільниці.
48. Пропагування здорового способу життя.
49. Участь у впровадженні передових методів діагностики і лікування.
50. Принципи раціонального вигодовування і догляду за доношеними і недоношеними дітьми, методи загартування, фізичного виховання дітей.
51. Навчання матір правилам догляду за дитиною. Основні принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.
52. Обліково-звітну документацію по розділах своєї роботи.
53. Основи медичної етики та деонтології.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

методична:

- Методичні рекомендації до проведення практичних занять з предмета «Основи медсестринства» / Методичний посібник./ І.Я.Губенко, О.Т.Шевченко, Л.П.Бразалій, В.Г.Апшай, С.М.Клименко, З.П.Шарлович. – Черкаси: ТОВ «Інтеграл-Техноімпекс», 2008. – 152с.

- Модульний контроль знань з дисципліни «Основи медсестринства» / Методичний посібник. / З.П.Шарлович. – Житомир, 2010. – 208с.

Базова:

- Антонова О.Є Базові знання з педагогіки: становлення, розвиток, технологія формування: Монографія. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.І.Франка, 2004. – 270с.

- Антропова Т.О. Медсестринство в сімейній медицині: підручник / Т.О.Антропова. – К.: Медицина, 2008. – 488с.

- Вітенко І.С. та ін. Основи загальної та медичної психології: навчальний посібник / І.С. Вітенко, Л.М.Дутка, Л.Я Зименковська. – К.: Вища школа, 1991. – 271с.

- Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. – К.: Здоров'я, 2001. – 208с.

- Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка / За ред. М.Ковальчук, О.В. Кононов. – К.: Медицина, 2009. – 480 с.

- Дубасенюк О.А., Вознюк О.В. Професійно-педагогічні задачі: типологія та технологія розв'язання: Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. – 272с.

- Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка. // За ред. В.І.Литвиненка. – 2-е вид., випр. – К.: Медицина, 2009. – 424с.

- Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. – К.: Медицина, 2009. – 200с.

- Касевич Н.М. Основи медсестринства в модулях: навч. посібник / Н.М.Касевич. – К.: Медицина, 2009. – 480с.

- Касевич Н.М. Практикум із сестринської справи: Навчальний посібник. – К.: Здоров'я, 2009. – 480 с.

- Касевич Н.М., Шаповал К.І. Безпека роботи медичних працівників . – К.: Здоров'я, 2002. – 104 с.

- Ковальова О.М., Лісовий В.М., Шевченко С.І., Фролова Т.В. Догляд за хворими: Практика. – К.: Медицина, 2010. – 488 с.

- Ковальчук В.А. Соціально-педагогічні задачі: сутність, типологія, технологія розв'язання. – Житомир: ЖДУ, 2003. – 252с.

- Кудрявцева Т.О. Сестринський процес: етапи, зміст, документація: Навчально-методичний посібник. – К.: Здоров'я, 2001. – 96 с.

-
- Лісовий В.М. Основи медсестринства: підручник / В.М.Лісовий, Л.П.Ольховська, В.А.Капустник. – К.: Медицина., 2010. – 560с.
 - Максимюк С.П. Педагогіка: Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2009. – 670с.
 - Медична психологія: Підручник./ І.С.Вітенко. – К.: Здоров'я, 2007. – 208с.
 - Медичні маніпуляції в алгоритмах / За ред. Л.С.Білик, Т.П.Шевченко, О.М.Худзик. – 2-е вид. переробл. і допов. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 324с.
 - Медсестринство в сімейній медицині / Є.Х.Заремба, Г.Ф.Левченко, В.М.Михальчук, В.І.Пирогова, В.С.Заремба та ін.; За ред. Є.Х.Заремби. – К.: Здоров'я, 2001р. – 312с.
 - Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посібник / І.Я.Губенко, О.Т.Шевченко, Л.П.Бразалій, В.Г.Апшай. – К.: Медицина, 2008. – 304с.
 - Основи загальної і медичної психології / За ред.. І.С.Вітенка і О.С.Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344с.
 - .Пасечко Н.В., Лемке М.О., Мазур П.Є. Основи сестринської справи. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. –544с.
 - Пасечко Н.В. Основи сестринської справи (курс лекцій). – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 496с.
 - Практикум з педагогіки / за ред. О.А.Дубасенюк, А.В.Іванченка. – К., 2004. – 432с.
 - Психологія кризових станів. Навчальний посібник / Шевченко О.Т. – К.: Здоров'я, 2005. – 120с.
 - Сестринська справа /за ред. проф. М.Г. Шевчука – К.: Здоров'я, 1994. – 496с.
 - Сестринська справа: підручник / Н.М.Касевич, І.О.Петрашев, В.В.Сліпченко та ін.; за ред. В.І.Литвиненка, Н.М.Касевич. – К.: Медицина., 2008. – 816с.
 - Сімейна медицина: досвід, проблеми, перспективи. / З.М.Парамонов, В.Й.Шатило, В.І.Хренов // За ред. В.М.Пономаренка. Житомир.: Пульс, 2003. – 136с.
 - Смирнова З.М., Алтинбекова З.Б. Посібник з медсестринського процесу (з предмета «Основи сестринської справи»). – К.: Здоров'я, 2001. – 288с.
 - Тарасюк В.С., Сметаніна Ж.М., Назаренко Н.І. Медична сестра в інфекційному контролі лікарні. – Вінниця: Нова книга, 2002. – 159с.
 - Фіцула М.М. Педагогіка: Навчальний посібник. Видання 2-ге, виправлене, доповнене. – К.: Академвидав., 2005. – 560с. (Альма-матер).
 - Шатило В.Й., Яворський В.В. Паліативна медицина: Курс лекцій. Житомир. – Вид-во ЖДУ ім. І.Я.Франка, 2010. – 181с.

- Ягупов В.В. Педагогіка: Навч. посібник. – К.: Либідь, 2003. – 560с.

Допоміжна:

- Бордовская Н.В., Реан А.А. Педагогика. Учебник для вузов – СПб.: Питер., 2001. – 304с. – (Серия «Учебник нового века»)
- Внутрішня медицина: Підручник / Н.М.Середюк, І.П. Вакалюк, О.С.Сташишин та ін. – К.: Медицина, 2006. – 688с.
- Гаврилюк О.Ф. Основи медсестринства. Практикум: навч. посібник / О.Ф. Гаврилюк, Л.С.Залюбівська. – К.: Медицина, 2010. – 352с.
- «Інструкція про порядок проведення діагностики лікарської алергії» / Наказ МОЗ і АМН України від 02.04.2002р. № 127/18.
- Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Серия «Медицина для вас». – Р. на Д.: Феникс, 2003. – 352с.
- Лапотников В.А., Петров В.Н., Захарчук А.Г. Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медсестер. – СПб.: ДИЛЯ, 2007. – 384с.
- Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 186 с.
- Михайлов К. Уход за больными с элементами психотерапии. – Р.-на-Д.: Феникс, 2000. – 320с.
- Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными. Учеб. пособие. – М.: Медицина, 1989.
- Перелік і нормативи застосування індивідуального захисту працівників закладів охорони здоров'я, що проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу ВІЛ інфікованим і хворим на СНІД, а також контактують з кров'ю та іншими біологічними матеріалами від ВІЛ інфікованих осіб. // Постанова КМ України №2026 від 18.12.1998р.
- Постанова КМ України «Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу» №1752 від 27.12.01р. // zakon.rada.gov.ua / cgi-bin / laws / main.cgi?nreg = 752-2001-%EF.
- Приказ МЗ СССР №288 от 13.03.76г. «Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями СЭС государственного санитарного надзора за санитарным состоянием ЛПУ».
- Приказ МЗ СССР №720 от 31.07.78г. «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усиление мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».
- «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію / СНІД // Наказ МОЗ України №120 від 25.05.2000р.
- Програма з предмету Основи медсестринства (за кредитно-модульною системою) для студентів медичних училищ (коледжів) спеціальність 5.12010102 Сестринська справа. – К., 2006. – 74с.
- Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на

2005-2010рр.» // Наказ МОЗ України №585 від 08.11.2005р.

- Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикюльозом. / Наказ МОЗ України №38 від 28.03.1994р.

- Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах // Наказ МОЗ України №234 від 10.05.2007р.

- Основи загальної і медичної психології / За ред. І.С.Вітенка, О.С.Чабана. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 344с.

- Остапенко АП. Этика и деонтология среднего медицинского работника. – Л.: Медицина, 1985.

- Охорона праці та безпека життєдіяльності медичних працівників: Підручник / Н.М.Касевич, К.І.Шаповал. – К.: Медицина, 2007.– 224с.

- Рудик Б.І. Приказки та афоризми про здоров'я, хвороби та алкоголь (збірка). – Тернопіль.: Укрмедкнига, 1999. – 32с.

- Соколова Н.. Новый справочник медицинской сестры. – Р/Д: Феникс., 2001.

- Шегедин М.Б., Мудрик Н.О. Історія медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 328с.

- Щупіпенко І.М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології / Навчально-методичний посібник для студентів медичних вузів і учнів медичних ліцеїв // МОЗУ ЦМК з ВМО, НМУ ім. О.О. Богомольця, Український медичний ліцей. – К, 1998. – 384с.

Додаток Д

Особливості формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки

Навчальна дисципліна	Сутність та вплив засвоєння на формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини
Цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки	
Основи філософських знань	<p>У результаті вивчення циклу студент повинен знати: філософію, соціологію та медичну соціологію, основи права та законодавства в охороні здоров'я, іноземну мову (за професійним спрямуванням), вплив фізичного виховання на функціональний стан органів і систем організму людини та основи фізичної культури, українську мову (за професійним спрямуванням), культурологію.</p> <p>Вміти застосовувати набуті знання з циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки.</p> <p>Володіти фундаментальними знаннями з вивчених дисциплін.</p>
Соціологія	
Основи правознавства	
Іноземна мова (за професійним спрямуванням)	
Фізичне виховання	
Українська мова (за професійним спрямуванням)	
Культурологія	
Історія України	
Основи економічної теорії	
Цикл природничо-наукової підготовки.	
Основи латинської мови з медичною термінологією	<p>У результаті вивчення циклу студент повинен знати: основи латинської мови та медичної термінології, медичну інформатику, анатомію людини, фізіологію, медичну біологію, мікробіологію, медичну хімію, основи біологічної фізики та медичної апаратури, основи профілактичної медицини, основи психології та міжособового спілкування, фармакологію та медичну рецептуру, ріст і розвиток людини, патоморфологію та патофізіологію, охорони праці та безпеки життєдіяльності.</p> <p>Вміти застосовувати набуті знання з циклу природничо-наукової підготовки.</p> <p>Володіти фундаментальними знаннями з вивчених дисциплін.</p>
Основи психології та міжособове спілкування	
Основи медичної інформатики	
Анатомія людини	
Фізіологія	
Патоморфологія та патофізіологія	
Фармакологія та медична рецептура	
Медична хімія	
Мікробіологія	
Основи екології та профілактичної медицини	
Безпека життєдіяльності	
Медична біологія	
Основи біологічної фізики та	

Додатки

медична апаратура	
Ріст і розвиток людини	
Цикл професійної та практичної підготовки	
Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї	Організація, структура та завдання служби планування сім'ї. Принципи планування сім'ї. Природне планування сім'ї. Інформація, навчання та комунікація в роботі служби планування сім'ї. Основні етапи консультування з питань планування сім'ї. Методи сучасної контрацепції. Стани, що вимагають обережності.
Історія медицини та медсестринства	Застосування знань з історії медицини та медсестринства, вміння проводити аналіз концептуальних процесів розвитку медсестринства.
Основи медсестринства	Засвоєння основних маніпуляцій, вивчення етапів медсестринського процесу, принципів вирішення проблем пацієнтів, а також розгляд цілісної системи медсестринських втручань; результатом вивчення цієї дисципліни має стати схильність майбутніх медсестер до певної спеціалізації та спрямування їхніх наукових інтересів на неї.
Медсестринство у внутрішній медицині	Засвоєння знань з обстеження, виявлення проблем та постановки медсестринських діагнозів пацієнта, що страждає на хвороби терапевтичного профілю, планування медсестринських втручань та їх реалізація, оцінка медсестринського процесу та корекція догляду за пацієнтом, диспансеризація терапевтичних хворих та профілактика захворювань.
Медсестринство в хірургії	Забезпечує теоретичне вивчення та практичне закріплення проведення медсестринських втручань в хірургічній практиці; забезпечує формування здатності проводити маніпуляції відповідно до алгоритмів та здійснювати догляд за післяопераційними пацієнтами відповідно до протоколів догляду.
Медсестринство в педіатрії	Обґрунтовує специфіку роботи з новонародженими пацієнтами, пацієнтами дошкільного, шкільного та підліткового віку, що зумовлює особливі підходи в питаннях спостереження та догляду за ними, побудову взаємин як із самими хворими, так і з членами родин, що їх опікають.
Медсестринство в гінекології	Сприяє накопиченню знань про особливості спостереження та догляду за пацієнтками, що мають проблеми із захворюваннями жіночих статевих

Список використаної літератури

	органів, вміння проводити санітарно-освітню роботу з їх профілактики.
Медсестринство в акушерстві	Сприяє накопиченню знань про особливості спостереження та догляду за вагітними пацієнтками, перебігу вагітності та пологової діяльності, в післяпологовий період. Вміти проводити санітарно-освітню роботу про профілактику захворювань різних систем та органів організму жінки, що можуть негативно позначитись на перебіг вагітності, пологової діяльності, стан розвитку плода та народження здорового немовляти.
Медсестринство в офтальмології	Спостереження і догляд за хворими в офтальмологічній практиці, профілактика очних захворювань, принципи збереження зору, особливості догляду за післяопераційними хворими.
Медсестринство в оториноларингології	Спостереження і догляд за хворими в ЛОР-практиці, профілактика ЛОР захворювань.
Медсестринство в онкології	Спостереження і догляд за онкологічними хворими, профілактика онкопатології, принципи побудови взаємин з пацієнтами, переконання їх в необхідності систематичного лікування, віри в одужання, співпраці з сімейними лікарем та медсестрою. Робота по залученню родини по догляду за онкохворим.
Медсестринство в дерматології та венерології	Спостереження і догляд за дерматологічними хворими. Санітарно-освітня робота з профілактики венеричних захворювань.
Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині	Спостереження і догляд за хворими похилого та старечого віку, самотніми. Вміння залучити родину по догляду за ними. Надання паліативної допомоги.
Медсестринство в неврології	Медсестринське спостереження і догляд за неврологічними хворими, профілактика захворювань.
Медсестринство в психіатрії та наркології	Специфіка й особливості медсестринського спостереження і догляд за психічними хворими. Принципи побудови взаємин з пацієнтами, переконання їх в необхідності систематичного лікування, співпраці з сімейними лікарем та медсестрою. Проведення санітарно-роз'яснювальної роботи серед населення, участь в роботі комісії по боротьбі з наркоманією. Робота по залученню родини по догляду за психічно

Додатки

	хворими та наркоманами.
Громадське здоров'я і громадське медсестринство	Залучення громадськості та органів самоврядування до участі у збереженні здоров'я населення. Співпраця з населенням сімейних дільниць, виховання їх відповідальності за своє здоров'я.
Медсестринська етика та деонтологія	Дотримання етико-деонтологічних принципів побудови взаємин з населенням сімейних дільниць, пацієнтів та членів їх родин, а також прояв колегіальності в закладах охорони здоров'я.
Медична та соціальна реабілітація	Проведення диспансеризації, заходів відновлювальної терапії, медичної та соціальної реабілітації.
Анестезіологія та реаніматологія	Надання невідкладної медичної допомоги в екстремальних умовах, включаючи і долікарську. Анестезіологія при оперативних втручаннях сімейним лікарем під час малих амбулаторних операцій.
Військово-медична підготовка та медицина надзвичайних ситуацій	Надання невідкладної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях. Адекватні реагування при катастрофах, військових діях. Особливості надання медичної допомоги постраждалим з механічними ускладненнями, при хімічних аваріях, внаслідок радіаційної аварії, особливо небезпечних інфекцій, при масових ураженнях.
Основи охорони праці та охорона праці в галузі	Дотримання правил техніки безпеки та охорони праці. Організація освітньої роботи з профілактики нещасних випадків в побуті та на виробництві серед населення сімейних дільниць.
Медсестринство в інфектології	Особливості роботи в осередках інфекції, профілактика зараження медичного персоналу при роботі з інфікованими пацієнтами. Засвоєння етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики інфекційних захворювань з різними шляхами, механізмами та джерелами передачі.
Медсестринство в сімейній медицині	Забезпечує майбутніх фахівців з медсестринства знаннями про методи і засоби роботи в системі сімейної медицини, організацію медсестринської допомоги на сімейній дільниці медичною сестрою загальної практики сімейної медицини.
Виробнича практика	Вміти застосовувати медсестринський процес у професійній діяльності на засадах доказової медицини.
Переддипломна практика	Володіти навичками спілкування, навчання пацієнтів/родини, дотримуючись принципів медичної етики та деонтології; діагностики, лікування,

Список використаної літератури

	профілактики захворювань, м/с процесом та невідкладною допомогою за різних клінічних станів та професійних ситуацій.
спецкурс «Педагогічні основи навчання само- та взаємодогляду пацієнта та його родини в сімейній медицині»	Майбутні фахівці з медсестринства оволодівають основними методами та засобами педагогічної майстерності, які широко використовуються в при роботі з пацієнтами, їх родинами, населенням сімейних дільниць; студенти оволодівають методиками підготовки пацієнтів до маніпуляцій, обстежень, формують здатність проводити догляд за пацієнтами; засвоюють знання та вміння проводити бесіди з пацієнтами по переконанню в необхідності дотримання особистої гігієни, профілактики захворювань, формування здорового способу життя; у процесі вивчення цієї дисципліни професійні знання, уміння та навички систематизуються й актуалізуються. Зміст цієї дисципліни спрямований на формування ключових компетентностей студентів.

Наукове видання

Антонова Олена Євгеніївна

Шарлович Зоя Павлівна

**Професійно-педагогічна компетентність
медичних сестер сімейної медицини:
сутність, структура, технологія формування:**

Монографія

Комп'ютерний макет: Антонова О.Є.

Дизайн обкладинки: Антонов Є.В.